

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

293

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René BOUTIN

Né à Paris, le 29 Août 1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONJONCTIVOMES

DE LA GAINÉ DES VAISSEAUX

Président de Thèse : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René BOUTIN

Né à Paris, le 29 Août 1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONJONCTIVOMES

DE LA GAINÉ DES VAISSEaux

Président de Thèse : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
	LOEPER
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNEO
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET
Clinique des maladies infectieuses.....	GREGOIRE
Clinique chirurgicale.....	LENCRMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	EEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	CROUZON.
Clinique cardiologique	HOVELACQUE
Assistance Médico-Sociale.....	MULON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire.....	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

Obstétrique LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT LUTAILLIER.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.		VELTER.	
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie.....	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de mon amour
filial et de ma grande reconnaissance.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADE D'INTERNAT

*En souvenir de bonnes années
passées à l'Hôtel Dieu.*

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'ANGERS

BIBLIOTHEQUE

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR BRAC

Médecin de l'Hôtel Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur honoraire de clinique obstétricale
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine d'Angers

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

Professeur honoraire de clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENECHAU

Professeur de clinique médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER

Professeur d'anatomie
Chirurgien de l'Hôtel Dieu
Directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRUCHAUD

Professeur de clinique chirurgicale

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fourni le sujet
de cette thèse et nous a aidé
de ses conseils. Qu'il veuille
trouver ici le témoignage de
notre respectueuse gratitude.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur de clinique chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

INTRODUCTION

Les tumeurs conjonctives sont extrêmement variées, et dans leur topographie et dans leur symptomatologie. Elles représentent encore actuellement un cadre très large et fort imprécis de la pathologie, aussi bien au point de vue anatomo-pathologique, histologique, qu'au point de vue thérapeutique. Un point cependant les rapproche plus ou moins : l'évolution. En effet ces tumeurs se comportent, pendant des années, comme des tumeurs bénignes, puis se transforment très souvent, soit spontanément, sans aucune influence d'agent extérieur ce qui est rare, soit après extirpation chirurgicale ou radiothérapie, en tumeurs malignes. Elles sont au début mobiles, très bien encapsulées, ce qui permet toujours une opération extrêmement simple, grâce au plan de clivage net. Plus tard, au cours des récidives, le plan de clivage disparaît, les tissus de voisinage sont envahis, et on assiste à une extension très rapide.

Les tumeurs d'origine conjonctives prennent leur origine dans le tissu conjonctif commun cellulaire lâche : tissu conjonctif qui se développe un peu par-

tout dans l'organisme. Ceci explique leurs localisations multiples. On rattache en effet aux tumeurs conjonctives les fibromes de la paroi abdominale, les tumeurs paranéphretiques, certains fibromes de la racine du mésentère. Beaucoup moins étudiées sont les tumeurs qui prennent naissance au niveau des aponévroses des muscles du tissu interfasciculaire, et surtout au niveau de l'atmosphère conjonctive qui entoure les gros vaisseaux.

Les tumeurs qui se développent dans ces tissus conjonctifs péri-vasculaires semblent les moins connues de toutes; elles ont cependant des caractères assez particuliers : elles sont sous-aponévrotiques; elles sont en relations avec les gros troncs vasculaires; elles ont des caractères cliniques et évolutifs assez nets. C'est pourquoi elles constituent un type clinique qui possède une certaine autonomie; aussi elles ont été, depuis un certain temps, isolées dans la pathologie. Le nom sous lequel elles sont, sans contredit, les plus connues, est celui de « conjonctivomes de la gaine des vaisseaux ». Ce fut TIXIER qui le créa, tout en faisant remarquer que cette appellation n'est pas bonne, car ces « conjonctivomes » (myxomes myxosarcomes, lipo-sarcomes, fibro-sarcomes) etc. n'ont que des rapports de voisinage avec les vaisseaux. Cependant ce terme a le gros avantage de préciser le siège profond et justa-vasculaire de ces tumeurs, à symptomatologie très frustre, et sur lesquelles il était absolument impossible de mettre une étiquette histologique répondant à toutes les variétés.

Ayant eu l'occasion de voir dans la clinique du Docteur FRUCHAUD, un cas de ces conjonctivomes, et ayant pu recueillir trois autres observations de malades opérés à Angers, nous avons cru intéressant de résumer, dans un travail d'ensemble, toutes les publications et tous les travaux écrits sur ce sujet depuis quelques années, et essayer de tirer quelques conclusions au sujet de leur traitement qui, actuellement, est très discuté et est encore, malheureusement le plus souvent, fonction de l'évolution.

Qu'il nous soit permis de remercier ici le Docteur FRUCHAUD, Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine d'Angers, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, pour l'aide précieuse et efficace qu'il nous a apporté au cours de ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

HISTORIQUE

La question des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux n'est pas connue depuis fort longtemps, et elle n'a vraiment été étudiée que depuis quelques années.

LANGENBERGER en ébauche une description; d'ailleurs confuse et imprécise, en 1860. Puis dans la gazette des Hôpitaux de 1869, on peut lire deux observations de VERNEUIL et DEMARQUAY. KIRMISSSEN, en 1886, aborde la technique chirurgicale.

Le premier qui individualisa vraiment les tumeurs nées dans « l'atmosphère fibreuse » des vaisseaux fut CAR REGNAULT (*Die malignen tumoren des Gefascheide*) Dans son travail il expose à peu près toute la symptomatologie avec de nombreuses observations et il montre déjà la difficulté opératoire dans certains cas et le pronostic réservé que l'on doit toujours porter.

En 1897 CLERC en étudiant les myxo-lipomes, observe des tumeurs volumineuses qui très vraisemblablement étaient des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux.

En 1908, MERLAT présente plusieurs observations de

ces tumeurs, puis on note dans la littérature médicale, et en particulier dans la littérature Lyonnaise, de nombreuses observations. FERRARINI, en 1913, reprend et résume toute la question dans la « *Clinica Chirurgica* ».

C'est surtout la thèse d'Eugène POLLOSSON, en 1925, faite dans le service du Professeur TIXIER qui constitue une véritable mise au point. L'auteur envisage d'abord la question des conjonctivomes au point de vue général. Il montre combien il est difficile de classer dans un cadre précis ce genre de tumeurs, qui présentent, au point de vue histologique, les formes les plus variées. Etant donné la diffusion très grande du tissu conjonctif, les tumeurs qui en dérivent peuvent avoir une topographie multiple. Puis il passe en revue les différentes formes anatomo-pathologiques et histologiques de ces tumeurs conjonctives, tirant déjà des conclusions au point de vue traitement et au point de vue pronostic. Dans la deuxième partie de sa thèse, après des observations absolument typiques, il étudie en détail les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux, insistant surtout sur leur évolution double, suivant que l'on est intervenu ou non, leur tendance à la malignité, la difficulté, grande quelquefois, de faire un diagnostic précis, et il conclut en montrant combien le traitement est loin de répondre toujours aux espoirs permis.

Après lui de nombreuses observations ont été rapportées, toutes montrent plus ou moins la fréquence des récidives, et la malignité de plus en plus pronon-

cées. Citons les travaux de MM. TIXIER, BERARD, CHAILIER, NOVE-JOSSERAND, CREYSSSEL, PEYCELON, LERICHE, et une revue d'ensemble, avec observation du Docteur FRUCHAUD en 1930.

FUS, dans un gros travail, en 1934, reprend a nouveau la question avec de nombreuses observations à l'appui. Il montre lui aussi l'importance capitale de l'évolution de ce genre de tumeurs. Avec des statistiques sévères, il prouve combien le histouri peut être néfaste dans certaines formes, et à ce propos il condamne impitoyablement le biopsie. Il reste également sceptique sur les résultats que peuvent donner les traitements physiothérapiques isolés ou associés au traitement chirurgical économique, et il conclut en défendant le traitement mutilant d'emblée.

Tous ces documents, toutes ces observations prouvent que les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux, malgré leur grande variété histologique se présentent toujours en clinique de manière identique, et que leur genre d'évolution, dans des conditions données, est à peu près invariable; c'est ce que nous nous attacherons à démontrer dans un travail d'ensemble, auquel nous joindrons quatre observations qui nous ont été communiquées, avec quelques observations déjà publiées.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Il est assez rare d'examiner un conjonctivome de la gaine des vaisseaux au début de son évolution, car la plupart du temps, il passe à cette époque inaperçu. C'est une petite masse unique, arrondie, mobile dans tous les sens, mobile sur tous les plans, et plus particulièrement sur le squelette, complètement indépendante des muscles. Sa consistance est uniforme en tous points : elle est renitente. Elle est toujours située sur le trajet des vaisseaux. Le plus souvent nous la voyons au niveau des vaisseaux fémoro-poplités, soit au niveau du triangle de Scarpa, soit au canal de Hunter, soit au creux poplité, plus rarement au niveau des vaisseaux du bras, enfin au niveau de la gaine carotidienne. Cette dernière localisation semble rare, JEANNENEY considère son observation de conjonctivome du cou (1932) comme la première de ce genre.

Cette petite masse ne présente aucun phénomène de compression, soit vasculaire, soit nerveuse; il n'y a aucun trouble fonctionnel.

A cette période une extirpation à l'anesthésie lo-

cale est très facile. Il existe en effet un plan de clivage : la tumeur est ronde, lisse, bien encapsulée. Il n'y a aucune adhérence mais seulement des rapports de contiguité avec les vaisseaux.

La masse, laissée à elle-même, peut rester fort longtemps stationnaire, puis évoluer rapidement, ou bien grossir progressivement pour se présenter comme une tumeur de volume plus ou moins considérable. On a cité des cas de tumeurs très volumineuses : PAGET cite un conjonctivome de 20 kgs. VILLARD de 22 kgs. la circonférence de la cuisse était de 1 m. 20; BERARD chez une naine myxoedemateuse de 27 kgs. extirpe un conjonctivome de 6 kgs.

A cette phase plus tardive la tumeur peut être arrondie, mais aussi, et c'est là le cas le plus fréquent, bosselée, multilobulée, irrégulière, creusée de sillons. Fréquemment on voit une masse principale et tout autour des masses satellites plus petites.

En général la peau reste mobile, la circulation veineuse collatérale est rare, et lorsqu'il existe des ulcérations cutanées l'origine est toujours mécanique. On peut alors, assister à une infection secondaire de la tumeur d'origine exogène.

Lorsque ces tumeurs ont pris un aspect assez notable elles ont au palper deux façons de se présenter très distinctes.

1° Elles tendent à s'extérioriser : ce sont les formes superficielles qui sortent pour ainsi dire des masses musculaires, tendent l'aponévrose d'enveloppe du membre et ne conservent dans la région pro-

fonde perivasculaire qu'une attache donnant l'impression d'un pédicule : on les appelle conjonctivomes en besace. En général elles prennent des proportions considérables. Elles sont facilement délimitables; leur consistance est dans l'ensemble molle avec des endroits présentant des points plus durs. Enfin, dernier caractère important; leur évolution est en général bénigne.

2° Les formes profondes, qui apparaissent sous forme d'une masse diffuse, ressemblant davantage à un large placard infiltrant la cuisse. Les limites sont imprécises : elles plongent dans les interstices des muscles, fument le long des trajets des vaisseaux qu'elles suivent au loin : telles ces tumeurs du creux poplité qui s'étalent le long du canal femorali-vasculaire, commandant à l'opération une double incision. A la palpation, elles sont renitentes. Si les muscles sont contractés, ces tumeurs sont plus ou moins immobilisées et on peut croire à une tumeur musculaire, mais en cas de relâchement musculaire, elles sont mobilisables dans tous les sens. C'est là la forme grave, profonde, infiltrante qui est, comme nous le verrons, d'une haute malignité.

A la dissection, les conjonctivomes se présentent comme des tumeurs bien limitées. La peau, le tissu cellulaire sont absolument indemnes. La tumeur est toujours sous-aponevrotique. L'aponevrose elle même peut être tendue, amincie, perforée même comme nous l'avons vu dans les tumeurs en bouton de chemise. La tumeur est bien limitée, lisse du fait de la

présence d'une atmosphère conjonctive lâche, véritable plan de clivage, si bien que le chirurgien est incité à les extirper, et cette extirpation est très facile. Mais c'est là un aspect trompeur, ce n'est qu'un clivage factice. Il existe, en réalité, de minces prolongements tumoraux microscopiques épars dans le plan de clivage et fusant même en dehors dans les interstices intermusculaires, qui échappent toujours à l'extirpation, et qui toujours sont à l'origine de récurrence. On est ainsi arrivé à envisager cette zone de clivage non comme une zone limitante, mais plutôt comme une zone d'invasion.

La lobulation, nous l'avons vu, est une des caractéristiques de ces tumeurs, et apparaît encore mieux à la dissection.

Les organes voisins, et en particulier les muscles peuvent être repoussés, déformés, étirés; ils sont exceptionnellement envahis et même lorsque par suite d'une forte compression les muscles paraissent modifiés, ils sont en réalité indépendants et peuvent être séparés de la tumeur. Si une myomectomie a été nécessaire, ou si on a extirpé suivant la méthode du Professeur Leriche et qu'ensuite on examine au microscope les débris musculaires enlevés avec la tumeur, le tissu musculaire sera toujours reconnu indemne. Le rapport de voisinage le plus important avec les muscles est sans conteste représenté par les prolongements de la tumeur dans les interstices profonds : interstices aponévrotiques et même interstices interfasciculaires. C'est là certainement le point

principal de l'anatomie pathologique des conjonctivomes ; car il explique à lui seul les nombreuses récidives que ces tumeurs peuvent présenter.

L'os est en général intact, car le plus souvent la tumeur n'arrive pas à son contact, et quand elle y arrive elle n'a de connexions qu'avec le périoste. Cependant quelquefois la tumeur peut être au contact de l'os, et certaines observations semblent prouver qu'alors à la radiographie on décèlerait des troubles trophiques, des érosions, des kystes, des géodes. Scharitz et Chevrier citent 5 cas de pédicule ostéopériostique reliant la tumeur à l'os, et admettent que les tumeurs qu'ils ont observées font transition entre le conjonctivome et la tumeur osseuse.

Les vaisseaux sont ordinairement respectés. Sans doute dans leur forme diffuse ces tumeurs suivent les gaines vasculaires qui se comportent un peu comme des fils conducteurs permettant, par exemple à la tumeur de s'étendre du triangle de Scarpa au Canal de Hunter, mais les vaisseaux artériels et veineux gardent leur indépendance. Les branches s'allongent pour contourner la tumeur, le paquet vasculaire est englobé ou bien dévié mais il n'est pas ou très peu comprimé. L'artère, qui, par la constitution de ses parois est assez élastique résiste toujours à la compression, et on peut constater que le pouls en aval de la tumeur est normal. La veine, par contre, à parois plus minces, moins élastiques, peut être aplatie et il en résulte un retard de la circulation veineuse avec œdème, fourmillements, circulation collatérale.

Regnault insiste sur ce retard de circulation qui peut amener des gros troubles dans les parois des veines. Il cite un cas où une veine fémorale était remplie de masses néoplasiques et il signale d'autre part la présence de trombus. Enfin un autre danger, et ceci pour l'extirpation, intervient par le fait de collatérales veineuses excessivement nombreuses, très minces, très fragiles, qui peuvent être arrachées durant les manœuvres d'énucléation de la tumeur à leur point d'abouchement sur le tronc principal. C'est ainsi qu'on fut obligé dans l'observation (I) de traiter une plaie latérale de la veine poplitée et que dans l'observation (III) avant de procéder à toute tentative d'énucléation on dut effectuer la ligature de nombreuses veines dans la région du fascia cribriformis.

Le mécanisme assez curieux d'englobement des organes sans invasion, sans adhérence aucune, a été en général très mal étudié. Fus en donne une explication à la fois précise et logique. Quand la tumeur au cours de son développement rencontre un organe. (vasculaire, veineux ou tendineux) de la région, elle le refoule d'abord, puis s'accroissant plus vite aux points où elle est libre, c'est-à-dire de part et d'autre de l'obstacle, elle se creuse d'une gouttière de plus en plus profonde. L'obstacle franchi, les bords se rapprochent, puis s'accolent sans se fusionner. L'incarcération est ainsi réalisée par un processus analogue à l'épibolie, bien connue en embryologie.

Les gros troncs nerveux ne sont pas envahis; quelquefois ils présentent des rapports très intimes à tel

point qu'ils sont englobés dans la tumeur. mais leur libération chirurgicale en est facile, par ex. observation (II) il n'y a pas d'envahissement lymphatique, les ganglions ne sont pas tuméfiés.

L'aspect macroscopique des conjonctivomes est très variable : la tumeur est à la coupe exceptionnellement homogène. On a affaire, au contraire à une masse extrêmement différente d'un point à l'autre, tant par sa consistance que par son aspect; ici aspect grasseyé, là aspect fibreux; ici consistance molle, différente, gélatineuse, pseudo-fluctuante; là masse d'une consistance rappelant le cartilage de l'os, par endroit des travées blanches, pseudo-cartilagineuses, avec des zones molles œdémateuses, ailleurs du tissu myxoïde rappelant une solution épaisse et filante, avec des zones grises, plus riches en cellules; ailleurs encore aspect de laitance de saumon. La couleur change d'un point à un autre, et l'on trouve parfois des foyers de névrose, des cavités pseudo-kystiques, quelquefois même des cavités hémorragiques.

La vascularisation de ces tumeurs est très faible. Il y a une véritable disproportion entre le volume de la tumeur et sa vascularisation très minime. C'est là un détail intéressant qui contraste avec l'intimité de la tumeur avec les gros vaisseaux. L'hémostase est toujours facile, il n'y a jamais de gros pédicule à lier. Chaque fois qu'après une amputation on a pu injecter les vaisseaux, on a toujours trouvé une irrigation très pauvre (observations de Fus, recherches de Pollosson). La nutrition de ces tumeurs est donc

mal connue, on a parlé de lacunes, de fentes vasculaires de capillaires jeunes, d'osmose même.

L'innervation a été très peu étudiée : ITCHIKAWA et UWATAKO par une modification de la méthode de BIELCHOWSKI concluent à la présence de fibres nerveuses, à l'absence de fibres nerveuses néo-formées et à un rapport évident entre la prolifération des fibres et de la tumeur.

La récurrence locale est de règle dans la région où a été extirpé le conjonctivome. La plupart des caractères que nous venons de décrire s'appliquent à la récurrence. Cependant il en est un, et essentiel, qui la différencie nettement de la première tumeur, et qui, à lui seul, pourrait permettre de porter un diagnostic retrospectif de conjonctivome. Nous avons vu en effet que la tumeur primitive était toujours nettement encapsulée, facilement clivable, facilement extirpable. Il en est tout autrement des récurrences. A la première récurrence l'exérèse est encore possible, mais dès la seconde le plan de clivage ne se trouve plus, il y a des adhérences partout. On assiste, d'une part à cette lobulation grossière de la tumeur visible, extirpable et d'autre part à la formation de lobules beaucoup plus petits, s'insinuant entre les aponévroses, dans les interstices interfasciculaires. GOUILLAUD en cite un cas typique. C'est là d'ailleurs, la caractéristique de toutes les tumeurs conjonctives. M. FRUCHAUD en cite un cas très net, opéré assez récemment : un malade avait un lipome du dos banal, situé au-dessous de l'épine de l'omoplate. On lui fit l'exérèse à l'anesthésie locale

d'une façon tout à fait simple. Quelques années après, sept ans, une volumineuse récidue se développe et montre à l'intervention des adhérences avec la peau et avec l'aponévrose du muscle sous-épineux.

Enfin dans le cas de récides multiples, on peut assister à l'envahissement de la peau et de tous les plans musculaires montrant ainsi une malignité de plus en plus grande.

Les métastases sont beaucoup plus rares. En effet elles n'existent qu'après une ou plusieurs opérations locales. Un conjonctivome non opéré ne semble guère faire de métastases. Le plus fréquemment, semble-t-il, ces récides à distance se font au niveau des poumons, se présentant d'ailleurs de façons différentes : tantôt ce sont des noyaux qui se développent dans le parenchyme pulmonaire, tantôt un bloc occupant tout un lobe, voire tout un poumon avec ou sans réaction pleurale. Ces néoformations rappellent à la coupe l'aspect de la tumeur primitive. On cite également des noyaux hépatiques, des métastases au niveau des seins, de la colonne vertébrale.

D'après ces données d'anatomie pathologique, on voit déjà, dans l'ensemble, quelle conduite on devra suivre au cours du traitement chirurgical, et combien, d'ores et déjà, on devra se méfier de l'extirpation locale par simple énucléation.

HISTOLOGIE

Les conjonctivomes sont caractérisés par la multiplicité des aspects que peut présenter le tissu conjonctif. Certains auteurs les ont rangés dans la catégorie des tumeurs mixtes. Cette dénomination est défectueuse, car le terme de tumeur mixte convient à des tumeurs constituées par des tissus différents. Ici au contraire les divers éléments de la tumeur dérivent de la lignée conjonctive. D'autre part le nom de tumeur mixte implique la notion d'inclusions embryonnaires, ce qui n'est pas le cas ici.

Ces tumeurs sont très comparables, de par leur constitution, aux tumeurs paranéphrétiques si bien étudiées par LECÈNE, ainsi qu'aux tumeurs conjonctives rétropéritonéales.

Comme toutes les tumeurs conjonctives, elles sont extrêmement variables d'un point à un autre, non seulement comme nous l'avons vu par leur aspect macroscopique, mais encore par leur aspect microscopique. LECÈNE a montré que pour passer du lipome pur à la tumeur la plus complexe il faut envisager onze stades différents. A partir des variétés princi-

pales : lipome, fibrome, myxome et sarcome déjà peu précises dans certains cas, on arrive à des associations telles que myxo-lipomes, lipo-sarcomes, lipo-myxo-sarcomes etc... à appellation très complexes à type et clinique et histologique mal définis, et qu'il est impossible de classer par suite de la grande variation de leur texture.

Il s'agit donc de tumeurs mésenchymateuses dont les cellules présentent des aspects très variés : tantôt des cellules grosses et nombreuses, tantôt des cellules petites, allongées cloisonnées, parcourues par place d'épais trousseaux fibreux, ou présentant un feutrage léger de fibres fines dissociées; parfois les cellules sont surchargées de graisse. Ou bien ce sont des cellules étoilées, dont les prolongements protoplasmiques dessinent un réticulum baignant dans une substance amorphe, ou très légèrement fibrillaires : c'est l'aspect myxoïde dû peut-être à la nutrition spéciale et défectueuse du tissu conjonctif. Des cellules en chaton de bagues, mucoïdes, apparaissent tantôt en vacuoles uniques, le protoplasma formant un anneau acido-phile et le noyau à gros nucléoles présentant l'aspect d'un croissant, tantôt multivacuolaires ou le protoplasma est réduit à de minces trabécules. Ces cellules étoilées, ce reticulum, ces cellules en chaton caractérisent le myxome.

On peut trouver aussi un aspect réticulé : des cellules néoplasiques, de gros éléments à protoplasma grenu, à contour mal individualisé, se reconnaissant par leurs prolongements ou leurs côtés : c'est là le réticulome ou reticulo-sarcome.

On note également au microscope, soit une absence complète de mitoses, soit au contraire des mitoses nombreuses.

La substance intersticielle a un aspect très varié, tantôt amorphe, tantôt fibrillaire. On y trouve aussi quelquefois, des vésicules adipeuses.

De tout cet exposé, que conclure de pratique ? Quelles conclusions seront posées par l'histologiste ? Certes il y aura des cas simples, qui ne feront aucun doute. On trouvera, parfois, des aspects certains de malignité, tels que polymorphisme cellulaire, karyokinèse nettes et nombreuses, vaisseaux forés en plein tissu néoplasique bordés par des cellules tumorales. Mais c'est loin d'être la règle.

L'examen histologique est là particulièrement difficile. Il est impossible d'étudier une tumeur dans tous ses points, et une tumeur qui sera prise, histologiquement pour un simple lipome pur au début, récidivera rapidement et cette récurrence vu au microscope se révélera comme particulièrement maligne.

Schématiquement, il semble exister deux sortes de conjonctivomes. Les uns sont microscopiquement malins, sans discussion, ce sont des sarcomes à marche lente sans doute, mais des sarcomes ; ce sont ceux-là qui donnent des métastases. Les autres semblent microscopiquement bénins, les cellules sont d'aspect normal, ne bordent pas les lumières vasculaires et cependant en certains points, ces cellules tendent à s'infiltrer dans les aponévroses. Ces tumeurs ont une

marche plus ou moins lente, ne récidivent que localement, ne donnent pas de métastases.

Il ne faut pas oublier enfin combien il est difficile de distinguer les tumeurs malignes de type sarcomateux de certains aspects inflammatoires ; la syphilis, en particulier, nous pouvons déjà insister sur ce fait que le diagnostic de spécificité doit toujours être soulevé lorsqu'on se trouve en présence d'une grosse masse qui, au niveau d'un membre ressemble à une tumeur conjonctive.

En conclusion donc, il y a là souvent un profond déséquilibre entre l'examen histologique poussé aussi loin que possible, et l'évolution de la tumeur. Il faudra toujours se défier, et en présence de telles tumeurs, même après une réponse de bénignité de la part du laboratoire, conserver toujours un pronostic réservé quant à l'évolution ultérieure d'une récurrence qui tendrait, elle à devenir maligne.

ETUDE CLINIQUE

Les conjonctivomes sont rares avant 30 ans ; ils sont également rares chez les personnes âgées. Ils se rencontrent de préférence entre 30 à 50 ans dans l'un comme dans l'autre sexe. Si une telle humeur apparaît chez un sujet jeune, elle a toujours une évolution maligne et rapide.

Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux peuvent présenter des localisations différentes : triangle de Scarpa, canal de Hunter, creux poplité, aisselle, bras, cou. Le plus fréquemment c'est au milieu du membre inférieur, et surtout au triangle de Scarpa que nous les rencontrons. C'est donc le conjonctivome du triangle de Scarpa que nous prendrons comme type de description.

Aucune cause antérieure ne semble devoir être recherchée cependant dans quelques observations, et en particulier dans celle de M. GUYOT, on relève une notion qui n'est pas classique : le traumatisme. Chez le malade de M. GUYOT en effet, on relève trois traumatismes différents au niveau de la cuisse, et aux trois points d'application de ces traumatismes se sont dé-

veloppés de gros lobules conjonctivaux. Quoi qu'il en soit la notion de traumatisme semble exceptionnelle.

Le début est insidieux, indolent, et passe presque toujours inaperçu. La tumeur ne sera remarquée qu'au hasard d'un examen général. C'est une petite masse arrondie, du volume d'une noix, siégeant profondément dans les masses musculaires sur le trajet des gros vaisseaux. Elle jouit d'une mobilité absolument entière sur tous les plans, les téguments sont souples, intacts. Elle est complètement indolente ; il n'y a aucun trouble fonctionnel. A la palpation, elle est rénitente, élastique. Quelquefois elle apparaît sous forme d'empâtement profond.

Elle pourra rester stationnaire ainsi durant des années, n'inquiétant pas le malade, puis augmenter de volume très rapidement ou au contraire s'accroître très progressivement, très lentement.

C'est donc à la période d'état que le malade viendra le plus souvent consulter, soit parce qu'il aura été frappé de l'augmentation de volume, soit qu'il ressent quelques légers troubles fonctionnels, par suite de la masse et du poids de la tumeur.

Ce qui frappe avant tout, et ce qui constitue, au fond, l'unique symptôme, c'est la tumeur. A l'inspection on voit immédiatement une déformation considérable de la racine du membre inférieur. La masse est plus ou moins grosse, une mandarine, une tête de fœtus, quelquefois davantage. Elle soulève des téguments qui sont toujours intacts. On peut noter quelquefois de l'œdème du membre, et une circulation

veineuse collatérale plus ou moins abondante, par suite de la compression. Quelquefois la peau peut servir de porte d'entrée à l'infection, surtout si la tumeur est grosse, et qu'il s'ensuive des frottements continus. On peut avoir aussi de la lymphangite, de l'érythème, de l'irritation par hypersecrétion sudorale, des ulcérations. On a cité même un cas de septicémie à la suite d'infection d'un conjonctivome ulcéré par frottements.

A la palpation on trouve soit une tumeur superficiel qui tend à s'extérioriser, en distendant la peau ; formant la besace, soit une masse profonde lobulée. La forme superficielle bénigne le plus souvent est facilement délimitable. On peut trouver un pédicule qui descend dans la profondeur des muscles. Sa consistance est variable. Il existe des zones molles alternant avec des zones dures. La forme profonde, maligne, est allongée dans la direction des vaisseaux car elle est bridée par l'aponévrose. Ses contours exacts sont difficiles à percevoir nettement. Elle donne l'impression d'une pseudo-fluctuation. Cette palpation est facile, car la tumeur est absolument indolente. Si le sujet est en état de résolution musculaire, on peut mobiliser la tumeur sur le plan squelettique. Si on fait contracter les muscles, on voit que ceux-ci n'immobilisent que partiellement la tumeur. Il n'y a aucun rapport entre le squelette et les muscles.

L'auscultation et la palpation de l'artère, aussi bien en amont qu'en aval de la tumeur, ne donnent absolument aucun renseignement. La circulation sanguine

est intacte. Les battements artériels sont normaux ; il n'y a pas de souffle. Quelquefois seulement un peu de compression veineuse que nous avons déjà noté.

Il n'y a jamais de ganglions au niveau de la racine de la cuisse. L'intégrité du système lymphatique est complète.

Les compressions nerveuses sont très rares, et au-dessous de la tumeur il n'y a pas d'atrophie du membre, les muscles ont conservé toute leur force.

La radiographie est négative, quelquefois seulement on peut voir une attache ostéo-périostique. Quelquefois aussi la radiographie révélera des calcifications intra-tumorales.

L'examen somatique enfin est négatif, l'état général est bon.

Les symptômes d'un conjonctivome se résume donc à une tumeur indolente, située sur le trajet des vaisseaux, évoluant progressivement, sans trouble fonctionnel, sans trouble osseux, musculaire ou vasculaire.

EVOLUTION

L'évolution des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux présente pour ainsi dire un caractère distinctif qui permettrait, sans aucun autre signe, de pouvoir les individualiser.

Si on abandonne à elles-mêmes ces tumeurs, elles évoluent lentement, insidieusement durant des années. Cette évolution dépend de deux facteurs essentiels : l'âge, la forme anatomo-clinique de la tumeur.

Le conjonctivome de l'enfant et de l'adulte jeune, si rare soit-il, existe. Il est très grave, doué d'une haute malignité et évolution très rapide ; le conjonctivome de l'adulte de 30 à 50 ans représente la forme normale, celle que nous avons pris pour type. Il évolue durant des années, il a une tendance marquée, presque constante à la malignité. Le conjonctivome du vieillard est presque toujours une tumeur bénigne.

Au point de vue anatomo-clinique, nous avons vu que schématiquement il existait deux formes de conjonctivomes superficielle et profonde. La forme superficielle, qui tend à s'extérioriser, évolue très lentement durant des années et des années progressivement.

presque régulièrement. Elle prend des proportions considérables, et ne gêne le malade que par son volume, par l'irritation des téguments, et même par la possibilité d'une rupture mécanique de la peau; par la crainte enfin de l'infection s'il existe des lésions telles que lymphagite ou ulcérations. C'est là l'évolution d'une tumeur bénigne.

Au contraire la forme profonde ; infiltrante, prend des proportions bien moins considérables que la tumeur superficielle, mais son réveil est brusque. De toute petite, insignifiante, méconnue même, elle prend rapidement un assez gros volume. C'est là l'évolution de la forme sarcomateuse, de la tumeur maligne.

Enfin, et ceci est très important, ces tumeurs aussi bien superficielles que profondes, abandonnées à elles-mêmes, ne donnent jamais de métastases, exception faite de certaines formes histologiquement très nettement malignes d'emblée sarcomateuses, on peut exceptionnellement observer des métastases. Ce point les différencie donc en général d'ores et déjà des sarcomes des os et des muscles.

Si au contraire on intervient, l'évolution est complètement modifiée. Il est certain que l'extirpation chirurgicale donne des cas de guérison, mais c'est là une exception. Le bistouri transforme complètement, aussi bien au point de vue clinique qu'histologique la marche de ces tumeurs. Il est presque de règle qu'après une première intervention, une récurrence se produise ; ces récurrences se font suivant plusieurs modalités.

1° On peut assister à une suite de récurrences locales. La première apparaît quelques années après l'ex-

tirpation. Elle garde tous les caractères de la tumeur initiale, même place, bombant sous la cicatrice violacée et élargie, absolument indolente, mais augmentation rapide de volume. Son examen est encore facile, elle est encapsulée, clivable ou peu adhérente aux plans voisins. Une deuxième récurrence apparaîtra à nouveau de longs mois après la première, et ainsi de suite.

2° — Les récurrences locales se reproduisent beaucoup plus rapidement. Chaque récurrence « in situ » ressemble de moins en moins à la tumeur initiale. Son évolution est plus rapide. Les caractères anatomiques changent. Le plan de clivage disparaît, il existe une infiltration profonde, avec de nombreuses adhérences. Les caractères histologiques se transforment, la formule devient rapidement maligne. A chaque récurrence l'extirpation devient de plus en plus difficile, et il arrive un temps où les récurrences se précipitent, avec des cicatrices très élargies, violacées, amincies, longeonnantes et adhérentes à la tumeur. L'extirpation n'est plus possible. L'amputation s'impose, et alors on peut voir, au bout de quelques mois, apparaître à nouveau une récurrence sur le moignon.

3° — Soit après une simple énucléation, soit après des récurrences in situ, ou sur le moignon d'amputation, on peut voir apparaître chez le malade une métastase. Ces métastases sont rares, mais elles évoluent très vite : le mal survient en quelques mois. La localisation de ces métastases est assez variable. On a cité des métastases pulmonaires, avec la forme pleuro-pulmonaire, hépatique, vertébrale, au niveau des seins. Les

métastases sont généralement uniques, mais plusieurs autopsies ont prouvé que l'on pouvait trouver des noyaux de concentration dans plusieurs organes.

Le pronostic des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux est donc fort réservé. En effet une évolution rapide ou trop considérable peut obliger à intervenir, et nous savons que le bistouri donne presque toujours à ce genre de tumeurs un caractère de malignité marquée.

DIAGNOSTIC

Poser le diagnostic de conjonctivome n'est peut-être pas un acte médical particulièrement difficile en soi, mais il comporte avec lui une grosse importance. Nous avons vu, en effet, que ces tumeurs sont toujours d'un pronostic très sérieux, soit par leur évolution propre torpide, soit par le degré de malignité que leur donne l'intervention.

Nous n'envisagerons ici que le diagnostic des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoraux, conjonctivomes de loin les plus fréquents, et nous verrons successivement les diagnostics positif, différentiel et enfin le diagnostic histologique de malignité avec la biopsie tant discutée actuellement.

Le diagnostic positif est simple le plus souvent. C'est un adulte de 30 à 50 ans, présentant au niveau du triangle de Scarpa une tumeur molle de grosseur variable, d'une mandarine, par exemple, s'accroissant progressivement, située sur le trajet des vaisseaux non adhérente au squelette, ne semblant pas en relation avec les muscles, indolente, sans troubles fonctionnels, sans adénopathie, avec au-dessus d'elle une peau mobile, et enfin un bon état général.

Diagnostic différentiel. — Nous n'envisagerons pas la tumeur à sa période de début lorsqu'il s'agit d'une petite noix mobile dans le triangle de Scarpa : c'est là le diagnostic différentiel des adénopathies chroniques de l'aîne. Beaucoup plus intéressant est à faire le diagnostic à une période plus avancée.

1° — Il faudra tout d'abord éliminer, et ce sera facile, la hernie crurale avec son impulsion à la toux, ses phénomènes douloureux (cependant lipome pré-herniaire).

2° — Le diagnostic des adénopathies chroniques se posera encore. Il suffira d'examiner avec soin le membre inférieur, les organes génitaux. Retenons également pour mémoire dans ce chapitre, la lymphogranulomatose. La discussion était peut-être possible autrefois. POLLOSON en rapporte dans sa thèse l'observation du professeur TIXIER, d'un malade opéré en 1905, mais à cette époque cette maladie n'était pas connue, et depuis la description de NICOLAS et FABRE, il est presque impossible de se tromper maintenant.

3° — Viennent ensuite toute une série de maladies traumatiques ou infectieuses, faciles à éliminer.

a) Hernie musculaire avec ses commémoratifs, ses phénomènes douloureux, ses variations de volume.

b) Les ruptures musculaires très rares.

c) Les hématomes récents avec début brutal, phénomènes douloureux, atteignant d'emblée leur volume maximum.

d) Les hématomes anciens, enkystés (observation de GUYOT) qui n'augmentent pas de volume.

e) Les collections suppurées profondes, soit ostéomyélitiques, soit bacillaires ont des phénomènes généraux, des signes fonctionnels différents. La radiographie enfin tranchera la question.

4° — Les anévrismes artériels ont des signes distinctifs très nets : l'expansion, le souffle à l'auscultation, la tension artérielle. Cependant l'anévrisme diffus avec quelquefois coagulation peut cependant en imposer mais ce cas est très rare.

La question est plus délicate pour les tumeurs vasculaires. Les angiomes et les lymphangiones sont des tumeurs profondes, mobiles sur le plan osseux, indépendantes des muscles, mais souvent on peut noter des battements, des douleurs, des phénomènes circulatoires : par exemple l'observation d'ALLAINES, CONTIADES et NAULLEAU montre le peu de différence qui existe entre les deux genres de tumeurs. BOLOGNESI a d'ailleurs étudié de très près la question, et a trouvé que les néoplasies primitives vasculaires sont plus rares que les conjonctivomes. Il cite dans sa statistique un cas de sarcome de l'artère fémorale et 16 cas de néoplasie des parois veineuses.

A côté de ces tumeurs conjonctives, le diagnostic différentiel est à faire souvent dans les régions où il a des ganglions (triangle de Scarpa et surtout aisselle) avec des tumeurs d'origine lymphatique, soit réticulo-endothéliomes (développées au dépens de la trame des

ganglions), soit lymphocytomes, lympho-sarcomes... (développées au dépens des cellules lymphatiques elles-mêmes). Ces tumeurs d'origine lymphatique ont comme caractéristique d'être très radiosensibles, d'où l'intérêt de la radiothérapie pré-opératoire, qui est un élément de diagnostic ; les tumeurs d'origine lymphatique fondront alors que les conjonctivomes peu ou pas radiosensibles diminuent très peu.

5° — Viennent ensuite les différentes affections musculaires de diagnostic certainement plus difficile :

a) les kystes parasitaires des muscles (en particulier au niveau du membre inférieur dans le muscle couturier) ont un aspect globuleux. Ils donnent l'impression d'une pseudo-fluctuation à la palpation. Leur évolution est longue, sans atteinte de l'état général, sans signes de compression, mais ils sont toujours uniques, moins gros même très longtemps après leur apparition, plus tendus, et ils donnent l'impression de limites plus nettes. Mais surtout l'éosinophilie marquée, la réaction de WEINBERG qui ne manquent jamais permettront de faire le diagnostic.

b) Les tumeurs musculaires avec toutes leurs variétés ont un caractère qui les différencie des conjonctivomes. Elles sont en effet immobiles lors de la contraction musculaire, alors que les tumeurs de la gaine des vaisseaux ne s'immobilisent que partiellement ; les muscles se contractent avant de les fixer.

Citons le lipome musculaire qui présente une fine lobulation périphérique moins gros de consistance re-

nitente et égale en tous points ; le sarcome musculaire de la cuisse qui se développe rapidement avec son aspect jambonné, son extériorisation, sa grosse circulation collatérale, sa consistance irrégulière, dure par endroits, molle dans d'autres. Cependant certains sarcomes musculaires profonds ressemblent aux conjonctivomes. Ainsi M. FRUCHAUD a pu observer un sarcome du muscle grand adducteur pris pour un conjonctivome femoro-poplité. Enfin la myosite scléreuse peut également simuler les conjonctivomes.

6° — Certaines tumeurs superficielles sous-cutanées de la cuisse, à type fibro-lipomes ou myxo-sarcomes, se différencient assez bien. Ce sont des masses pédiculées, en besace, à évolution excentrique, n'ayant aucun rapport avec les plans profonds et qui guérissent par une simple ablation locale.

7° — Les ostéosarcomes se caractérisent par leur immobilité sur l'os, leur dureté, leur douleur téréhante, de la gêne fonctionnelle, une évolution rapide et la radiographie. Dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu d'Angers, du professeur Martin, nous avons eu l'occasion de suivre un jeune homme de 17 ans qui présentait ainsi une tumeur à la face interne et inférieure de la cuisse droite. Cette masse en moins de trois semaines doubla de volume, le malade ne pouvait plus plier la cuisse ; il y avait hyperthermie locale, et hyperthermie générale. Des douleurs très vives s'irradiaient dans tout le membre inférieur. La radiographie enfin montrait une tumeur nettement

essuse. Malgré une désarticulation précoce, nous avons assisté, 3 mois plus tard, à une métastase pulmonaire qui emportait le malade en quelques semaines.

8° — Il faut encore penser aux tumeurs prenant leur point de départ dans le nerf sciatique. Quel que soit la bénignité ou la malignité de ces tumeurs, le diagnostic d'origine est en général assez facile, d'abord à cause de leur siège postérieur et de leur localisation qui n'est pas sur le trajet des vaisseaux fémoraux (au niveau du creux poplité cela sera plus discutable) ensuite parce que le volume est en général assez réduit. Il existe cependant des tumeurs du nerf sciatique à évolution maligne, qui prennent un développement considérable, infiltrent largement tous les tissus de la cuisse, et il peut être difficile, à une période tardive, de savoir quel a été le point de départ avant tout acte opératoire.

9° — Dans d'autres cas, la tumeur du nerf sciatique n'est pas une tumeur isolée, mais n'est qu'un des éléments de la maladie de RECKLINGHAUSEN dont elle constitue la tumeur royale. MM. BÉRARD et CREYSEL rapportent l'histoire d'une tumeur de ce genre à type schwannome développée dans la gaine du sciatique et dégénérée. Le diagnostic est en général assez simple si l'on fait l'examen complet de l'individu, car l'on trouve à peu près constamment les autres symptômes caractéristiques de la maladie de RECKLINGHAUSEN : a) des tumeurs cutanées, réparties sur toute la surface

du corps, de la couleur de la peau, du volume allant d'un grain de chenevis à une noix siégeant sous la peau et dans le derme ; b) des tumeurs des nerfs périphériques plus dures en chapelet le long des nerfs ; c) des taches pigmenteuses en longs placards café au lait, ou bien en semis de petites taches lenticulaires. Dans certains cas les tumeurs que l'on rencontre au cours de la maladie de Recklinghausen siègent, non pas sur un gros tronc nerveux, comme le sciatique, mais sur un point quelconque de l'organisme, qu'elles se développent ou non sur le trajet de petits filets nerveux périphériques. MM. TIXIER et POLLOSSON rapportaient ainsi l'histoire d'une tumeur qui siégeait à la face interne de la cuisse, et dont le diagnostic avec un conjonctivome de la gaine des vaisseaux était difficile, car de plus cette tumeur s'était développée lentement et avait pris un volume considérable, et les autres signes de la maladie de RECKLINGHAUSEN étaient très discrets. On fit une biopsie exploratrice qui montra une tumeur de consistance fibreuse, parsemée de petits kystes, contenant un liquide sereux ; aucune trace d'enkystement, le derme était infiltré, surmonté de varicosités qui donnaient à la peau un aspect pustuleux. A cet aspect et surtout à la présence de cordons blancs vermiformes, qui semblaient amarrer la tumeur, les auteurs reconnurent l'aspect caractéristique d'une tumeur neuro-fibromateuse, et connaissant la gravité extrême des exérèses de ces masses volumineuses, type tumeur royale de Recklinghausen, ils ont arrêté là leur intervention. Ces opérations provoquent

en effet des hémorragies considérables qu'il n'est pas toujours possible de maîtriser.

10° Il reste enfin les tumeurs inflammatoires, très importantes, car elles peuvent simuler un sarcome aussi bien cliniquement qu'histologiquement. En particulier l'examen histologique est très difficile, et donne des réponses qui sont quelquefois en défaut avec la clinique; il est arrivé plus d'une fois qu'une récurrence d'une tumeur étiquetée comme maligne ait disparu sous l'influence d'un traitement à l'arsenic, par exemple. La tuberculose, la syphilis, en particulier la syphilis des muscles, les mycoses, simulent parfaitement bien les tumeurs conjonctives. Il faudra donc en présence d'une telle tumeur, interroger le malade très longuement, et faire un examen complet, pratiquer toutes les recherches de laboratoire nécessaires; en particulier pour la syphilis, tous les examens sérologiques devront être mis en œuvre. Bien plus, même devant un examen général négatif, devant des examens de laboratoire négatifs, on devra aller plus loin et tenter un traitement anti-syphilitique d'épreuve. Ce traitement, nous l'avons déjà dit, ne devra pas être léger, pratiqué extemporanément, il devra, au contraire être sérieux, massif. Actuellement les observations sont nombreuses où des sarcomes des parties molles ont complètement disparu par un simple traitement anti-syphilitique.

L'examen histologique, ainsi que nous l'avons remarqué déjà, est quelquefois indécis dans ses réponses, ou même il ne correspond pas toujours à l'évo-

lution clinique de la tumeur examinée. Cependant cet examen est d'un grand secours pour un pronostic d'avenir. S'il n'est pas toujours affirmatif lorsqu'il classe la tumeur parmi les formes bénignes, par contre il peut être d'une grande importance lorsqu'il indique la malignité. Aussi beaucoup d'auteurs ont pensé qu'avant de se lancer dans une opération dont ils n'avaient pas toutes les données, il était préférable de pratiquer une biopsie. C'est là une question très discutée actuellement. En 1934 M. FUS, dans un long rapport, condamnait sans appel la biopsie. Dans les observations qu'il a relevé dans la statistique du centre anti-cancéreux de Marseille il a vu 100 % des cas ayant subi un traitement local préalable, se terminer après 2 ou 3 récidives par la généralisation et la mort. Dans son rapport il conclut ainsi « Quant à la biopsie, nous en déconseillons formellement l'emploi. Les dangers sont certains, sa valeur minime. Si elle permet de préciser le type histologique du conjonctivome il faut bien savoir que ce type histologique ne correspond nullement au type clinique et évolutif. A défaut de certitude, la clinique fournit des signes évolutifs, de grandes probabilités qui, tôt ou tard se manifestent. Nous pensons qu'il est moins dangereux d'en attendre l'apparition que de courir le risque d'une métastase pour prix d'un renseignement incertain. Mieux vaut s'abstenir et observer. »

Cependant d'autres auteurs sont partisans de la biopsie, à condition, toutefois que cette biopsie soit immédiatement suivie d'un traitement approprié. Elle

servira, par exemple, pour reconnaître un schawnome d'un conjonctivome, comme dans l'observation de POLLOSSON et TIXIER. Il semble donc que la biopsie soit extrêmement dangereuse dans beaucoup de cas, mais cependant en prenant toutes les précautions utiles, dans l'avenir, il est certain qu'elle pourra quelquefois rendre des services.

TRAITEMENT

L'évolution des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux, les différentes variétés histologiques, avec toutes leurs variations, toutes leurs transformations, la difficulté même du diagnostic montrent combien les thérapeutiques diverses employées peuvent être discutées, et se sont souvent, malheureusement révélées décevantes.

L'histoire du traitement de ces tumeurs suit pas à pas l'évolution de la connaissance des conjonctivomes d'une part, et l'évolution des traitements chirurgicaux et radiothérapiques d'autre part.

Si l'on remonte loin dans la bibliographie des conjonctivomes, on voit qu'OLLIER était un ferme partisan de l'amputation haute, et même de la désarticulation. Puis peu à peu ce précepte radical s'est estompé faisant place aux ablations locales : ablation pure et simple de la tumeur, puis ablation locale étendue sans s'occuper des plans de clivage. A ce propos le professeur LERICHE explique que ces tumeurs, d'apparence bénigne, encapsulées du type myxo-lipome de PONCET, présentent toujours, dans les interstices

musculaires, des prolongements microscopiques, récidivant obligatoirement quelques années après l'énucléation. Ces parties restantes dans les interstices musculaires, à l'examen histologique se révèlent plus ou moins infiltrées de cellules néoplasiques. Il ne faut donc pas cliver ces tumeurs comme on a tendance à le faire, il faut agir comme si l'on avait à faire à une tumeur musculaire, c'est-à-dire se porter directement aux attaches musculaires, enlever la tumeur sans la séparer des parties voisines avec les blocs musculaires de voisinage, et le professeur LERICHE cite un cas d'exérèse d'emblée et en bloc d'une tumeur myxoïde de la région des adducteurs qui n'avait pas récidivé. Pour lui, il faut remplacer la classique énucléation par la résection musculaire d'emblée, rejeter par contre et l'inaction complète et l'amputation primitive qui est vraiment hors de proportions.

Le Professeur TIXIER, après avoir constaté que les conjonctivomes étaient loin d'avoir la bénignité qu'on s'accordait tout d'abord à leur reconnaître, qu'au contraire les récidives successives devenaient de plus en plus malignes, et que même la mort par généralisation n'était pas une exception, en arrive à conclure que le conjonctivome soi-disant bénin, acquiet, sous le bistouri, une malignité de plus en plus considérable, une rapidité de plus en plus grande aux récidives, une tendance à la généralisation, et préconise l'abstention si la tumeur sommeille, le sacrifice du membre si elle tend à grossir.

Nous avons vu ce qu'il fallait penser de la biopsie,

mais, par contre malgré un examen somatique négatif pour la syphilis, malgré un Bordet-Wassermann et les autres réactions sérologiques négatives, on doit presque toujours, avant de toucher de quelque façon que ce soit, tenter un traitement antispécifique d'épreuve. Celui-ci a toujours une grande valeur, et ce serait une faute grave de ne pas le faire. Comment doit-on conduire ce traitement? MASSIA et PILON dans un Journal de Médecine de Lyon, en donnent les principales directives. Le traitement sera massif, avec des médicaments très actifs à doses suffisantes. Il devra donner une amélioration rapide, et dans un temps relativement court, une guérison complète. Quoi qu'il en soit, cette thérapeutique doit toujours être mise en œuvre, car on est en présence de tumeurs qui évoluent malgré tout lentement, même au stade de malignité, et ce n'est pas un traitement médicamenteux qui peut faire perdre du temps, au point de vue d'un traitement chirurgical secondaire éventuel. TAVERNIER a d'ailleurs bien montré l'importance de ce traitement. Il cite plusieurs observations de malades opérés, en particulier une où la suture ayant échoué, et où la cicatrice était remplacée par une ulcération polycyclique qui dura des mois et qui céda en quelques jours à un traitement arsenical intensif.

Un autre traitement a été envisagé, c'est celui par les agents physiques. Certains auteurs, après l'extirpation de la tumeur, font des séances de radiothérapie profonde, et dès qu'une tentative de récurrence apparaît, ils font subir à nouveau à leur malade des séan-

ces de radiothérapie. Le Professeur BERARD conseille de pratiquer systématiquement la radiothérapie à la suite de l'intervention. Il utilise la radiothérapie profonde, avec de larges champs, et des rayons fortement infiltrés. Certains radiologistes Lyonnais utilisent au contraire la Radiothérapie à feu nu, (c'est-à-dire sans filtre) dans la plaie opératoire, dont les bords cutanés sont maintenus par un écarteur. De même pour des récidives peu volumineuses et répétées, CHALLIER et BADOLLE ont eu par la radiothérapie profonde un très beau résultat. La Curiéthérapie a été également essayée et GUNSTETT et OBERLING ont rapporté un cas de fibrome scapulo-huméral diffus guéri par cette méthode.

Enfin on fait, sur ce genre de tumeurs, des essais de radiothérapie profonde avant toute intervention. Certains auteurs prétendent, en effet, qu'il est toujours mauvais de faire suivre une opération d'exérèse par des rayons, car les radiations ne semblent agir que sur des tissus bien irrigués, en pleine vitalité; une opération dévitalise brusquement les tissus, et si des cellules cancéreuses persistent après l'acte opératoire, elles perdent, pour quelque temps, leur vitalité : pendant une période plus ou moins longue elle ne sont plus radio-sensibles. La radiothérapie préopératoire n'aurait pas cet inconvénient.

Quel pourra donc être, d'après ces données, la conduite à tenir devant une tumeur ressemblant à un conjonctivome de la gaine des vaisseaux.

1° LA TUMEUR N'A PAS ÉTÉ TRAITÉE

a) Il faut tout d'abord pratiquer un traitement anti-syphilitique intensif.

b) Si la tumeur est peu volumineuse, circonscrite, il est possible de s'abstenir, car nous savons que l'évolution sera longue, à l'abri de toute métastase, et qu'il sera toujours possible d'intervenir à temps.

c) Dans certains cas, on fera une biopsie pour assurer un diagnostic hésitant, et à condition qu'elle s'avère facile et qu'elle soit suivie immédiatement après, si le diagnostic est confirmé, soit de radiothérapie profonde, soit d'une extirpation.

d) On utilisera de la radiothérapie intensive par plusieurs portes d'entrées, sous feux croisés. Si la tumeur est très radio-sensible, mais alors ce sera vraisemblablement un réticulo-endothéliome, elle disparaîtra complètement. Malheureusement, en général pour le conjonctivome le résultat est loin d'être toujours parfait. Cette radiothérapie devra être pratiquée dans tous les cas, même si la biopsie n'a pas été faite.

e) Si la tumeur est grosse, si la radiothérapie n'a pu être appliquée, ou si elle n'a pas donné de résultats vraiment positifs, il faudra recourir au traitement chirurgical. La simple énucléation, la simple dissection sera rejetée, au contraire on pratiquera l'opération large immédiate, taillant dans les muscles voisins : la myomectomie large de LERICHE sera l'opéra-

tion de choix. Il ne faudra pas oublier que dans le cas de tumeurs énormes, avec lésions érythémateuses, ulcération de la peau, on devra réaliser un exérèse en bloc, la peau comprise.

L'amputation, ou même la désarticulation, opération de grosse importance, autant au point de vue anatomique qu'au point de vue avenir pour le malade, devront, dans la généralité être rejetées à cette période de l'évolution de la tumeur, et ne seront justifiées que dans le cas de conjonctivomes particulièrement volumineux, à évolution rapide, et paraissant doués d'une haute malignité. En principe on pratiquera l'amputation haute dans le cas de conjonctivome fémoro-poplité, la désarticulation pour un conjonctivome du triangle de Scarpa.

f) Enfin l'action conjuguée de la chirurgie et des rayons a ses partisans. En règle générale il faudra se méfier de la radiothérapie post-opératoire, qui agit sur un terrain dénutrifié. Là le problème est absolument semblable au cancer du sein, pour lesquels certains chirurgiens font de la radiothérapie, puis l'exérèse, alors que d'autres opèrent d'abord, puis rayonnent le champ opératoire ensuite.

2° La tumeur a déjà été traitée, et elle récidive.

Le problème de la thérapeutique des récidives est à la fois plus simple et plus compliqué. Plus simple parce que l'on connaît d'ores et déjà l'évolution de la tumeur qui sera de plus en plus maligne, de plus en

plus récidivante, allant jusqu'à la généralisation. Plus complexe parce que jusqu'à maintenant on n'est guère en possession d'un traitement certain donnant un résultat sûr, sans récurrence. La plupart des observations publiées jusqu'à ce jour relatent des conjonctivomes avec récurrences, et ayant tous une évolution fatale, plus ou moins rapidement.

Quel sera donc le traitement, nous ne dirons pas de choix, mais plutôt de palliation recherchant à éloigner le plus possible l'issue fatale.

a) La radiothérapie pré-opératoire doit être conseillée. Elle donnera, sinon de bons résultats, tout au moins un arrêt dans l'évolution, une diminution même quelquefois. La curiéthérapie peut être essayée comme nous l'avons vu. Mais il faut avoir la chance d'être en présence de formation radio ou radium sensible, et c'est loin d'être toujours le cas pour les conjonctivomes.

b) Souvent le traitement chirurgical sera le traitement de choix : deux cas peuvent se présenter.

1) Une tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux a été opérée une première fois par énucléation simple, et récidive. L'énucléation tout d'abord sera à condamner, car elle sera difficile d'une part et nuisible de l'autre. Nous savons, en effet, que si la première fois la tumeur s'enlève facilement, la deuxième fois il y a des adhérences, et la troisième fois toute énucléation devient impossible. Il y a aussi la généralisation locale dans les interstices musculaires voisins.

Donc on pratiquera une myomectomie large, ou mieux l'amputation.

2) Une tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux, opérée a déjà fait une 1^{re} récédive qui a subi une intervention, soit locale, soit mutilatrice, et qui récédive une deuxième fois soit au niveau de la cicatrice, soit au niveau du moignon. Dans ce cas on ne peut guère intervenir autrement que par la désarticulation. La radiothérapie sur une telle tumeur, peu sensible aux rayons donnera très souvent un résultat négatif.

3) Enfin si après exèrèse locale, amputation ou désarticulation, on se trouve en présence d'une généralisation, soit au niveau du sein, soit au niveau de la colonne vertébrale, soit au niveau des poumons, tout traitement, chirurgical aussi bien que radiothérapique sera absolument inactif, et seul un traitement médicamenteux palliatif sera institué dans le temps très court d'une évolution toujours rapide.

Tels sont donc, passés en revue, tous les traitements que l'on peut appliquer à un conjonctivome, suivant sa période d'évolution, et nous voyons que l'on a actuellement encore aucun moyen radical et définitif pour traiter ce genre de tumeurs, et que le pronostic reste toujours très sombre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Dr. FRUCHAUD Henri

Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux
femoro-poplité

(*Revue de Chirurgie* 1931)

M. H..., 64 ans, deux enfants bien portants, femme morte il y a quelques années de la grippe; n'a jamais été malade.

Il y a 20 ans il a constaté, à la face postérieure de sa cuisse droite, l'existence d'une petite grosseur qui ne le gênait en aucune façon, et n'était pas du tout douloureuse. Cette tumeur a mis 20 ans à grossir et à atteindre le volume actuel, et ce n'est qu'en 1925 que le malade, gêné dans la flexion du genou par cette masse considérable s'est décidé à consulter.

L'examen montre une énorme tumeur qui occupe la face postérieure de la cuisse droite et de la région poplitée : le membre, dans cette région a triplé de volume, la peau a conservé sa coloration normale. Sa palpation permet de sentir une tuméfaction légèrement ovoïde, allongée dans le sens vertical; le pôle supérieur de cette tumeur atteint presque le milieu de la face postérieure de la cuisse, son pôle inférieur atteint la partie haute

du mollet; en haut et en dedans elle présente de plus un prolongement très important qui s'étend de la région du canal de Hunter et atteint la face interne de la cuisse. La peau est complètement mobile sur cette lésion. La tuméfaction montre une tuméfaction assez régulière et assez lisse.

Une certaine mobilité de la tumeur persiste sur les plans profonds dans le sens transversal, mais lorsqu'on demande au malade de fléchir la jambe sur la cuisse, et que l'on s'oppose à ce mouvement, la tumeur est complètement immobilisée sur les plans profonds par la contraction des muscles ischio-jambiers.

L'examen général de ce sujet montre un homme assez maigre, en très bon état; rien dans son état actuel ne permet de penser à la spécificité.

Opération le 11 septembre 1925, sous rachi-anesthésie. Le malade est placé dans la position décrite par MAUZER dans sa thèse (Thèse Paris 1918) « Contribution à l'étude des plaies vasculaires » p. 144). C'est-à-dire à demi basculé sur le ventre et couché sur le côté où siège la lésion; le membre inférieur droit (membre malade) est en extension, le membre inférieur gauche (membre sain) est en flexion (de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin). Longue incision suivant le bord interne de la cuisse, descendant sur la ligne verticale du mollet, sur cette incision, une autre incision est branchée qui remonte verticalement la face postérieure de la cuisse dans la direction du grand nerf sciatique. Découverte des vaisseaux fémoraux dans le canal de Hunter au-dessus de la tumeur. Le muscle couturier déjà déplacé par la tumeur en avant et en dehors est respecté. Section transversale du tendon du grand adducteur des muscles droit interne et du demi-membraneux soulevés par la tumeur. Découverte du nerf sciatique au pôle supérieur de la tumeur à la face postérieure de la cuisse.

On dégage ensuite progressivement la tumeur en la séparant du nerf sciatique, et de ses deux branches de division et des vaisseaux fémoraux poplités, avec lesquels elle a des connexions extrêmement étroites (un plan de clivage celluleux facilite l'opération, tandis que la dissection du sciatique et de ses branches avait été relativement facile, la dissection de la veine poplitée est délicate; il faut la séparer avec beaucoup de soins de la masse tumorale, et vers la partie haute du creux poplité en provoque même une petite blessure latérale de la veine. Arrêt de l'hémorragie par compression, et suture latérale vasculaire. Tous les muscles sectionnés sont ensuite soigneusement réparés. Un faisceau de crins est laissé comme drainage ; suture de la peau. Guérison sans incidents en 15 jours.

Examen de la pièce. La tumeur se présente comme une masse de la grosseur d'une tête d'adulte, mais un peu allongée; avec trois pôles; un tissu conjonctif lâche la sépare des muscles voisins, et on constate qu'en aucun point le bistouri n'a entamé la masse tumorale.

Sur la coupe, on constate des aspects extrêmement variés, zones blanchâtres qui rappellent le cartillage ; zones jaunâtres; zones molles œdémateuses, etc...

Examen histologique. — Les fragments ont de multiples aspects; ils présentent un tissu conjonctif lâche à faisceaux embryonnaires, des zones de dégénérescences calcaire, des masses de petits kystes, des bandes hyalines contenant des cellules cartilagineuses épaisses. Cette variété de tissus non évolués ne peut faire penser qu'à un embryome.

Le malade a été revu en Décembre 1929; il ne présente aucune trace de récidence, continue à travailler la terre, et conserve un excellent état général, une longue marche provoque un peu de fatigue dans le membre inférieur opéré.

OBSERVATION II
(Inédite) Dr. FRUCHAUD

M. B... Pierre, âgé de 36 ans, entre à la Clinique le 6 février 1936, pour tumeur de la face postéro-externe et inférieure de la cuisse droite.

Malade n'ayant aucun antécédent héréditaire; personnellement il a eu une mastoïdite, à la suite de laquelle il présente de la surdité, des troubles de la parole et de l'équilibre, un intellect assez diminué, une paralysie faciale droite.

Le malade est allé consulter le Docteur LAULAIGNE, le 1^{er} février 1936 pour un œdème de la cuisse, œdème violacé qui a d'ailleurs cédé peu à peu par la position couchée. L'examen pratiqué à ce moment a révélé une tumeur du volume de deux poings, siégeant à la face postéro-externe de la cuisse droite, et à sa partie inférieure, tumeur évoluant depuis un certain temps sans qu'il soit possible d'avoir des précisions de la part du malade.

Cette masse, à la palpation apparaît comme bosselée, plutôt de consistance dure; la peau normale est mobile sur elle. Elle est mobile sur le plan osseux profond. La tumeur est très profonde, ses contours sont peu nets.

Aucun trouble fonctionnel, pas d'adénopathie, pas de circulation collatérale, sauf l'œdème qui subsiste légèrement. Les battements de l'artère tibiale postérieure sont intacts.

Devant une telle tumeur, le diagnostic peut se discuter entre un conjonctivome de la gaine des vaisseaux de la région poplitée et une tumeur maligne musculaire : on pourrait cependant penser à un conjonctivome à cause de l'indolence, de l'absence d'adénopathie, de la localisation.

Intervention le 10 février 1936 sous anesthésie géné-

rale à l'éther et au gaz carbonique. Longue incision sur le trajet des vaisseaux fémoraux poplités; après écartement du couturier, on découvre une masse à laquelle adhère l'artère fémorale, dans des conditions telles que toute dissection des vaisseaux est impossible. Ligature et section des vaisseaux au pôle supérieur de la tumeur; recherche du pôle inférieur; après section du tendon du grand adducteur, ligature et section des vaisseaux du pôle inférieur. On fait basculer la masse en haut et en dehors, et on découvre le nerf sciatique qui est protégé dans toute sa longueur; on finit en coupant en plein muscle une masse qui semble s'être développée dans l'intérieur du grand adducteur. Hémostase. Fermeture sur un drain. Suites normales.

A la coupe, la pièce se présente comme composée de parties fibreuses, extrêmement dures et de parties au contraire ramollies, l'ensemble donnant l'impression d'un sarcome musculaire en voie de désintégration.

Examen histologique : Le diagnostic opératoire de sarcome musculaire de la cuisse est confirmé par l'examen sur coupe qui donne : sarcome à prédominance fuso-cellulaire, sans grosses monstruosités cellulaires. La dégénérescence sarcomateuse apparaît formée au dépens des éléments conjonctifs aponévrotiques.

Ce sarcome musculaire pris d'abord pour un conjonctivome de la gaine des vaisseaux a présenté chez ce malade des suites brutales et rapides : en effet quelques mois après il présentait une énorme récidive locale et une récidive pulmonaire à évolution vers la mort, très rapide.

OBSERVATION . III

(Inédite) Dr. FRUCHAUD

Mme C..., 70 ans, entre à la clinique le 25 mai 1935, pour volumineuse tumeur du triangle de scarpa.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle même n'a jamais été malade.

L'affection actuelle remonte à cinq ans. Elle a débuté par une petite tumeur indolore de la grosseur d'une noix, située au niveau du triangle de Scarpa. Sa masse semblait assez profonde. Cette tumeur est restée stationnaire jusqu'à l'année dernière; puis elle a présenté un accroissement rapide, pour atteindre, en mai 1935, les dimensions d'une grosse tête de fœtus. Malgré l'importance du volume de la tumeur, les troubles fonctionnels ne sont pas augmentés, juste une légère limitation des mouvements de l'articulation de la hanche par la masse.

A l'inspection, déformation considérable du membre, qui apparaît comme jambonné, la peau est légèrement rouge, avec tendance à l'ulcération dans sa partie interne; il y a une circulation collatérale.

A la palpation, masse profonde, bosselée, la peau est adhérente à la tumeur; la tumeur est de consistance variable, avec des parties dures et des parties ramollies. Les contours de la tumeur sont difficiles à faire. La tumeur est mobilisable sur le plan squelettique, et elle ne semble pas faire partie du muscle.

L'artère fémorale est libre jusqu'à la racine de la cuisse, près de l'arcade de Fallope.

Pas de troubles objectifs ou subjectifs de la sensibilité.

Légère infiltration lymphatique avec œdème malléolaire.

Etat général assez bon, malgré un cœur arythmique.

Le diagnostic clinique semble évident : conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux au niveau du triangle de Scarpa, à évolution secondaire rapide, du type malin.

Intervention le 27 mai 1935, sous anesthésie loco-ré-

gionale par infiltration à la cocaïne. Incision première au devant de la fémorale avec mise en place d'un catgut, car on craint d'être obligé de lier l'artère sur son parcours qui correspond à la tumeur. Puis incision laissant adhérente à la tumeur la peau envahie et toute une plage de peau saine. La dissection de la tumeur est assez difficile au début, par suite de nombreux petits vaisseaux qui demandent une hémostase soignée. Ensuite il est possible d'enlever toute la tumeur grâce à un clivage relativement facile, en particulier au niveau de l'artère fémorale, sauf au niveau du fascia lata dont on enlève une partie avec la tumeur. On place un drain crins sur la peau.

La malade sort le 8 juin, la plaie en bonne voie de cicatrisation.

Examen histologique : Le prélèvement examiné donne sur coupe l'aspect d'un sarcome alvéolaire, globo-cellulaire; nombreuses monstruosité cellulaires; on note des traînées de cellules inflammatoires, pénétrant le tissu sarcomateux. Lésion d'aspect très malin.

La malade est décédée quelques mois après.

OBSERVATION IV

Dr. GUYOT J.

Un volumineux conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 mai 1935)

M. C..., cultivateur, âgé de 46 ans, vient à l'hôpital pour volumineuse tumeur de la cuisse gauche. Dans ses antécédents personnels on relève :

1° *Des crises de rhumatismes* : dès la première enfance, il est arrêté durant des mois par des crises rhuma-

tismales articulaires, soit au coude, soit au genou, et autres grosses articulations. Ce sont des crises à début brusque, avec impotence complète durant 3 semaines (il est d'ailleurs réformé pour cet état).

2° *Un passé néphritique* : crises caractérisées par une hématurie sine matéria pendant 2 à 3 jours, sans température, puis apparaissait une colique, type néphrétique, qui se terminait par l'expulsion de caillots ayant la forme de l'uretère.

3° *Antécédents traumatiques* : En 1916, à 27 ans, il tombe d'une charrette : lésion des deux genoux avec prédominance gauche, hemanthose, incision avec hémorragie importante. Par la suite le genou reste ankylosé.

En 1922, à 33 ans : coup de corne sur l'œil droit, petite lésion traitée par un blépharoplastie avec agrafes de Michel. Une hémorragie grave survint et commande une énucléation.

En 1926, à 37 ans, une tige de blé perfore son tympan gauche avec hémorragie et surdité gauche complète.

HISTOIRE DE LA MALADIE.

Le malade a constaté l'existence d'une petite tumeur à la partie supérieure de la cuisse gauche, à la suite d'une violente contusion, survenue il y a 16 ans, en travaillant dans les champs. Il reçut dans cette région un coup violent provoquant un hématome avec ecchymose et douleur. La tumeur était de la grosseur du poing. Quelques séances de radiothérapie ne la fit pas disparaître, mais la douleur disparaît; il n'y a aucune gêne fonctionnelle.

Il y a 4 ans, en 1931, la partie inférieure de la cuisse gauche bute sur une faucheuse. Le malade ressent une douleur, et une nouvelle tumeur apparaît au point d'application de ce nouveau traumatisme.

Il y a un an, il reçoit un coup de pied de vache à la partie moyenne de la cuisse gauche ; tuméfaction dure indolore ayant peu à peu, depuis augmenté de volume ainsi que les deux premières.

EXAMEN.

A l'examen général, on constate :

Des malformations congénitales : polydactylie des mains et des pieds.

Limitation des mouvements des articulations à la suite des poussées articulaires. Des radiographies de ces articulations montrent de grosses lésions articulaires d'arthrite avec déformation osseuses. La radiographie, la symptomatologie, les crises articulaires, sans température, sans signes inflammatoires, semblent prouver que le malade n'a pas ressenti des crises de rhumatismes articulaires, mais plutôt vraisemblablement des arthrites hémophiques.

Examen de la tumeur.

Depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la partie inférieure du condyle de la cuisse gauche, tumeur volumineuse, bosselée. La peau est normale, sans circulation collatérale. Elle est souple, mobile. La tumeur est irrégulière, avec des sillons profonds et présente 3 bosselures superposées. L'ensemble de la tumeur suit le trajet des vaisseaux fémoraux. Elle est mobile sur le squelette. Elle est indolente, gênant seulement par son poids. La consistance de la tumeur est inégale : sensation de rénitence avec certains points de fluctuations. Elle est tendue, certains points profonds semblent plus durs. Les contours superficiels sont nets, les contours profonds sont mal limités.

Rapport de voisinage avec les vaisseaux fémoraux :

On palpe l'artère au triangle de Scarpa, en bas c'est impossible à cause de la tumeur, mais on sent la tibiale postérieure. Pas de différence de tension artérielle aux deux membres.

— Léger œdème malléolaire par compression veineuse.

— Pas de compression nerveuse, aucun trouble fonctionnel, sans limitation des mouvements par l'importance de la tumeur.

— Une radiographie montre l'intégrité du squelette.

— Bon état général.

Diagnostic

Après avoir éliminé les lésions traumatiques, en particulier les hématomes hémophiliques qui se seraient résorbés et le sarcome musculaire de la cuisse, à accroissement très rapide, on peut penser à un conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux, cependant avec une notion nouvelle ici : l'importance du traumatisme.

Traitement

Étant donné le passé de ce malade et surtout son hémophilie il est impossible de tenter une opération : d'ailleurs seule ici une désarticulation serait possible, la biopsie même doit y être rejetée comme dangereuse.

OBSERVATION V

(Dr Fus)

Conjonctivome de l'avant-bras

(*Bulletin de la Soc. Chirurgie de Marseille*, 1934, p. 431).

Pierre A..., âgé de 76 ans, entré le 2 novembre 1934 dans le service de M. le professeur Imbert, pour une volumineuse tumeur de l'avant bras gauche.

Le malade, vieux prostatique cystostomisé en Avril 1931 est alité depuis 3 mois. Sa cachexie est profonde. Il répond difficilement à l'interrogatoire.

La tumeur dont il demande à être débarrassé et qui l'incommode seulement par son poids fut découverte par hasard, il y a 3 ans. Elle avait alors le volume d'une noix, et siégeait profondément dans les masses musculaires épicondyliennes. Pendant les deux premières années, l'évolution en fut très lente : il y a un an elle atteignait le volume du poing. Puis en 6 mois elle doubla de volume. Enfin durant ces 6 derniers mois elle prend des dimensions considérables, même en peu de temps, du 2 au 16 novembre, cet accroissement est appréciable à la simple inspection.

Le malade n'a jamais souffert. Seul léger prurit et désagréable tension accompagnent la poussée évolutive. Mais le poids de la tumeur prive le malade de l'usage du membre.

A l'examen, la maigreur du bras rend plus frappante la déformation en gigot de son extrémité supérieure ; volumineuse tumeur ovoïde, au niveau du bord radial, et face antérieure, s'étendant parallèlement à l'axe du membre du 1/3 inférieur de l'avant-bras au tiers moyen du bras (diamètre max. 27 cm. circonférence max. 43 cm.)

La tumeur est irrégulièrement bosselée. Elle distend des téguments apparemment normaux, avec circulation collatérale, hyperthermie locale.

— La peau mobile n'est pas infiltrée.

— La tumeur est localisée à la palpation. Elle semble constituée par plusieurs masses sphériques accolées, de consistance variable : soit dureté fibreuse, soit rénitence, soit sensation de cavité kystique. Les lobes supérieurs, développés en dernier ont une consistance plus souple.

La tumeur paraît encapsulée : ses limites périphéri-

ques sont partout franches. Son siège est certainement sous-aponévrotique, mais ses connexions avec les muscles de l'avant-bras ne peuvent être précisées, la contraction de ces muscles n'étant pas appréciable. Elle est indépendante des os sur lesquels elle est mobile.

— Les mouvements de l'avant-bras et des doigts sont entièrement conservés, seule est limitée légèrement la flexion de l'avant-bras sur le bras. Indolence complète à la palpation.

— Aucun trouble objectif ou subjectif de la sensibilité. Pas de modification du pouls. On trouve quelques adénopathies discrètes axillaires et inguinales bilatérales.

— Dans les antécédents, il faut retenir la possibilité d'une spécificité ancienne, non traitée, sans autres troubles qu'un chancre à 19 ans.

— En 1931, cystostomie pour rétention d'urines chronique incomplète par hypertrophie prostatique. La prostatectomie secondaire a été refusée. Actuellement le malade est porteur d'une fistule vésicale permanente. C'est un infecté urinaire chronique. Il est confiné au lit depuis des mois. Son état général est misérable. Sa température oscille au-dessus de 38°. Les urines sont purulentes et hémorragiques. Le toucher rectal ne révèle aucune lésion prostatique (prostate souple, de volume normal).

Cœur : Arythmie extra-systolique.

Poumons : râles bronchiques diffus, congestion bilatérale des bases.

Langue sèche, rôtie.

Bordet-Wassermann négatif.

Azotémie : 0,50.

Radiographie de l'avant-bras. — On ne voit une modification de l'image osseuse qu'au niveau de la face antérieure de la tête radiale, de l'épitrachée et de l'épicon-

dyle dont les contours extrêmement flous et ostéophytiques sont remarquables. Par ailleurs image normale.

Radiographie du Thorax. — Voûte diaphragmatique droité, remontée peut-être pas gros foie, en tous cas phénomènes pleuro-pulmonaires de la base avec rétraction importante. Cul de sac pleuro et péricondo diaphragmatiques comblés. Augmentation de volume du cœur gauche. Pas d'image de métastase.

En présence des signes et de l'évolution de la tumeur, le diagnostic de conjonctivome malin de l'avant-bras semble évident. Les accidents prostatiques ne peuvent susciter l'insoutenable hypothèse de tumeur métastatique secondaire.

Le grand âge du malade, son état misérable n'auraient guère fait songer à traiter activement la tumeur, si celle-ci n'avait augmenté rapidement, présentant une gêne considérable. Aussi l'amputation fut elle décidée.

Intervention 16 Novembre 1934 (Dr. Fus) Anesthésie tronculaire du plexus brachial par voie sous-claviculaire, selon la technique de Kuberkampf. Amputation du bras en tissu sain par le procédé circulaire, sous garrot. L'humus est sectionné à trois travers de doigts au-dessous des insertions du grand pectoral.

Suites opératoires : très simples, sauf accès d'infection minime 24 heures après, qui céda facilement. La plaie opératoire est cicatrisée, per priman au vingt-cinquième jour.

Différents examens ont été faits sur la pièce :

1° Examen radiologique : les auteurs ont déjà injecté au lipiodol. Il a été possible d'injecter les veines. La radiographie montre un développement considérable du système artériolaire péri-tumoral. La disposition de ces vaisseaux est remarquable : ils rayonnent de la base vers la périphérie de la tumeur. Ces vaisseaux ne péné-

trent pas dans la tumeur qui est très pauvrement irriguée; ceci conforme aux données classiques. L'artère radiale allongée, flexueuse paraît englobée dans la tumeur.

2° Dissection et examen microscopique : la peau est normale. L'aponévrose anti-brachiale est tendue. Elle recouvre une tumeur encapsulée gris jaunâtre, sur laquelle de fins vaisseaux musculaires dissociés sont étalés. La surface est brillante, lisse, bosselée. Elle est presque partout facilement clivable.

La tumeur est développée dans l'épaisseur des muscles épicondyliens. Le point de départ semble être le tissu conjonctif interfasciculaire du muscle long supinateur. Le conjonctivome s'est creusé un lit dans les masses musculaires de l'avant-bras; le squelette est séparé de la tumeur par une lame musculo-aponévrotique, mince, continue, non envahie par le néoplasme. L'artère radiale plaquée contre la capsule, décrit un trajet sinueux. Elle s'engage entre deux lobes tumoraux qui, écartés à leur base, se rejoignent par leur sommet au-dessus du paquet vasculo-nerveux, sans cependant se fusionner. Au niveau du pôle inférieur, la masse tumorale s'est creusée d'une sorte de hile longitudinal où se logent plusieurs tendons.

A la coupe plusieurs masses sphériques de volume variable assez bien individualisées. Les lobes superficiels rappellent les fibromyomes utérins; les parties profondes sont dures, crient sous le couteau, semblent en voie de calcification, enfin à la périphérie quelques cavités kystiques à liquide citrin.

3° Examen microscopique (prof. Moringier).

a) Muscles et paquet vasculo-nerveux : absence complète de formations tumorales.

b) Tumeur capsule et peau : la peau présente quelques infiltrats inflammatoires lymphocytaires; la capsule

est formée de nombreuses lamelles de collagène et de fibroblastes libres de cellules tumorales. En quelques points adjacents au tissu tumoral, quelques cellules néoplasiques.

La tumeur présente un aspect polymorphe : dans une substance fondamentale filamenteuse on relève des cellules de toutes formes et de toutes tailles. En général des fibroblastes atypiques, des cellules gigantesques à contours déchiquetés, à noyaux vésiculeux bourgeonnant nombreux. Ces cellules font penser à un sarcome musculaire, mais il n'y a pas de striations.

En résumé myo sarcome dont l'histogenèse n'apparaît pas au microscope.

OBSERVATION VI

POLLOSSON E.

Tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux humoraux observée pendant 13 ans.

Mort par généralisation pulmonaire.

(*Lyon Chirurgical*, 1929, p. 415)

Mme C..., âgée de 60 ans, entre à la salle Sainte-Anne de l'Hôtel-Dieu le 26 Septembre 1922, pour une tumeur développée au niveau de la partie inféro interne du bras droit.

— Son mari et sa fille sont morts de tuberculose pulmonaire.

— Elle même n'a jamais été malade.

— Début de l'affection actuelle il y a 7 ans par un nodule indolore au niveau du pli du coude. L'évolution a été lente, progressive et indolore, et sans troubles fonctionnels. C'est pour une raison d'esthétique seulement que la malade vient demander l'ablation.

— A l'entrée, tumeur sur face interne de la partie inférieure du bras droit, empiétant le pli du coude, du volume d'un petit melon. Sa surface est irrégulière; elle présente 3 lobes : un gros et deux petits. La peau est brillante, marbrée, sillonnée de veines. Hyperthermie locale. Aucun signe fonctionnel. Le pouls radial est affaibli de ce côté.

La Radiographie montre une ombre grise près du squelette intact bien limitée avec variation d'intensité : la partie supérieure semble ossifiée.

Le diagnostic porté (M. le Professeur Tixier) est celui de conjonctivome de la gaine des vaisseaux huméraux (avec intégrité des vaisseaux et des nerfs). L'absence de ganglions axillaires et signes de généralisation autorise une exérèse purement locale.

Intervention le 28 septembre 1922 : Incision losangique en haut et en bas, ablation en suivant les vaisseaux et les nerfs de haut en bas; résection partielle du biceps qui semble infiltré. La suture de la peau est facile. Suites opératoires simples.

Examen de la pièce : la tumeur multilobée présente des lobes de consistance variée. La plus grosse masse est dure, rénitente. A la coupe, elle contient un noyau ossifié. Les autres noyaux, de consistance bien plus molle sont indépendants les uns des autres par leur capsule et des sillons remplis de tissu-conjonctif. Leur consistance et leur coloration rappellent le parenchyme rénal. A la coupe ils apparaissent gélatiniformes. Le muscle biceps réséqué ne présente que des rapports de contiguité; il n'est pas envahi.

Examen histologique : Les paquets pris dans la portion dense de la tumeur sont constitués par des éléments cellulaires arrondis ou allongés du type fibroblastique, serrés les uns contre les autres, avec une substance in-

tertielle rare. Les noyaux sont volumineux mais réguliers. Il n'y a pas de mitoses. Vaisseaux à la fois du type embryonnaire et du type adulte. En d'autres points les cellules conjonctives sont séparées les unes des autres d'une substance amorphe abondante. Elles prennent alors un aspect vaguement étoilé. Des plaques ont l'apparence myxomateuse. Du centre de la tumeur, des plages ossifiées deviennent très abondantes.

En résumé, tumeur conjonctive à tendance ostéogénique sans caractère marqué de malignité histologique.

Jusqu'en mai 1928, la malade reste en bonne santé. Sa cicatrice reste absolument souple, aucune récurrence locale.

En Mai 1928, début d'accidents pulmonaires : pleuropneumonie, température à 40°, légère hémoptysie; cliniquement signes d'épanchement pleural. Diagnostic difficile à établir entre pleurésie enkystée et néoplasme. 3 ponctions sont négatives.

A la radioscopie, masse sombre, atteignant la clavicule en courbe inverse de Damoiseau.

A la 4^e ponction on retire un liquide sanglant, visqueux. A l'examen on y trouve de rares polynucléaires et de nombreuses cellules rondes, semblant être des cellules épithéliales.

Le diagnostic porté est alors celui de généralisation pulmonaire de la tumeur du bras.

La maladie évolue rapidement, avec une température à 38°, constance des signes physiques, un état général de plus en plus mauvais, paralysie recrudescence, œdème cachectique et mort le 24 février 1929.

Autopsie. Au thorax aucune lésion tuberculeuse.

A droite, deux noyaux métastatiques de la grosseur d'une noisette, superficiels et un en plein parenchyme pulmonaire.

A gauche, symphyse totale : tout l'hémithorax est induré en bloc. On peut à peine sortir le poumon qui se crève et laisse s'écouler une grande quantité de matière cancéreuse d'aspect cérébriforme. A la coupe noyaux énormes rappelant l'aspect si spécial de la tumeur du bras (confirmation histologique).

Donc tumeur métastatique, énorme, multilobée, développée sur et dedans le parenchyme pulmonaire et non au dépens de lui.

OBSERVATION VII

JEANNENEY

Volumineuse tumeur conjonctive du cou

(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales,*
de Bordeaux, 29 mai 1932).

Madame C..., 45 ans, entre à l'hôpital pour une volumineuse tumeur du cou.

— Antécédents héréditaires : son père serait mort d'une lésion médullaire.

— Dans son enfance elle a fait des rhumatismes articulaires aigus compliqués d'endocardite.

— A l'âge de 17 ans, elle présente, dans la région sous-hyôïdienne droite une tumeur qui déjà s'est développée sérieusement depuis plusieurs années. Cette tumeur a le volume d'une orange et à cette date la malade subit une première intervention : extirpation simple (professeur Princeteau).

— Première récurrence lente et opération à 28 ans.

— Seconde récurrence à 32 ans et opération.

Troisième récurrence à 35 ans, intervention; l'examen histologique fait pour la première fois donne comme diagnostic : lipome.

— A l'âge de 39 ans, cette tumeur réapparaît pour la

4^e fois et grossit jusqu'à maintenant pour devenir énorme. C'est une grosse tuméfaction appendue à la région cervicale, bosselée, multilobée, avec des ulcérations dues au frottement de la peau au niveau du lobe droit. La peau est en bas œdématisée. On a presque, l'aspect d'un goître.

A la palpation, la masse paraît lobulée, rénitente, mobile sur les plans profonds. Elle est cravatée par le sternocléido-mastoïdien droit, et refoule le sterno-mastoïdien gauche.

La tumeur est mat à la percussion, l'auscultation est négative.

Etat général médiocre, la malade présente des vertiges, de la dyspnée : le cœur est mou, légèrement arythmique.

Pas d'albumine dans les urines, urée sanguine 0,28.

Intervention : dissection assez difficile. La tumeur pénètre vers la gaine des vaisseaux carotidiens qu'elle suit en bas jusqu'à la clavicule. Le clivage cependant peut être conduit sans trop de difficulté, mais on se rend compte d'une extirpation non absolue. Autour de la tumeur il y a de nombreux vaisseaux. L'implantation de la tumeur empiète sur la région sous-claviculaire droite, à la partie inférieure au-dessus de la clavicule on enlève une zone, d'aspect colloïde myxomateux.

Examen Microscopique. — Masse de 6 kgs. lobulée, d'aspect homogène, lipomateux sauf en bas et à droite où la masse est différente, gélatineuse ? La tumeur est bien encapsulée, peu vascularisée.

Examen histologique : lipome pur.

— En résumé énorme tumeur à évolution lente, à récurrences fréquentes sans grands troubles fonctionnels. Au point de vue diagnostic est-ce un lipome pur ou plutôt un conjonctivome au dépens des gaines des vaisseaux carotidiens, évoluant lentement et récidivant car l'extirpa-

tion n'est jamais complète ? Il est en effet à noter dans cette observation les adhérences avec la gaine carotidienne et la zone gélatineuse de la base.

OBSERVATION VIII

M. le Dr. CHAUVENET (de Thouars)

Un cas d'histiocytome de la gaine des vaisseaux fémoraux
(*Bordeaux-Chirurgical*, Janvier 1937).

C..., âgé de 40 ans, n'a aucun antécédent pathologique méritant d'être noté.

Il a vu apparaître, il y a cinq ou six ans, une tumeur se développant rapidement sur le tiers supérieur de la face antérieure de la cuisse droite.

Après être arrivé au volume d'une grosse orange, la tumeur, toujours indolore, est restée stationnaire jusqu'à ces temps derniers.

Puis elle a très rapidement augmenté de volume pour arriver au stade actuel.

Il s'agit d'une masse extrêmement volumineuse, plus grosse qu'une tête d'adulte, de consistance molle, lobulée, occupant presque toute la face antérieure de la cuisse, depuis l'arcade crurale jusqu'à quelques centimètres de l'interligne articulaire du genou.

Le grand axe de la tumeur est sur la ligne vasculaire fémorale. Les téguments au-dessus sont amincis, et l'on voit une très importante circulation veineuse.

La tumeur est mobile transversalement. La palpation ne détermine aucune douleur à son niveau.

Pas d'adénopathie inguino-crurale. Rien par ailleurs. L'état général du malade est excellent.

Le siège et le caractère de cette tumeur font porter

le diagnostic de « conjonctivome » de la gaine des vaisseaux fémoraux, et on conseille une intervention.

Opération le 6 février 1933, sous anesthésie à l'éther + CO₂. Longue incision sur le grand axe de la tumeur. L'hémostase est rendue un peu délicate par l'importance et la friabilité des veines sous-cutanées. La peau est facilement libérée. La tumeur adhère fortement à la gaine fémorale, et l'on doit pratiquer, pour l'enlever, une dissection très serrée de la veine et de l'artère.

Suture en laissant un drain pendant quarante huit heures. Guérison *per primam*.

La tumeur, du poids de 1.500 grammes donne à la coupe un aspect multilobé. Elle est entourée par une mince capsule celluleuse. Sa coloration est blanc rosé et donne un peu l'apparence d'un fibrome œdémateux.

Pas de zones indurées.

Actuellement la cicatrice est souple et de bonne qualité. Il n'y a aucune trace de récidive locale ou lointaine.

L'examen histologique a donné :

« Masse conjonctive jeune dissociée par un abondant liquide interstitiel, soutenue par un grillage collagène.

« Elle est constituée par des cellules rondes, parfois fusionnées dans un aspect syncytial. Leur cytoplasme est souvent vacuolaire. Les noyaux sont arrondis ou ovoïdes, amitotiques, régulièrement qualibrés.

« Histologiquement, cette tumeur est dépourvue de malignité, et pourrait plutôt être considérée comme une tumeur inflammatoire. C'est l'image histologique d'un histiocytome.

CONCLUSIONS

Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux sont des tumeurs relativement fréquentes, caractérisées par une prolifération intensive du tissu conjonctif qui constitue ou qui entoure la gaine des gros vaisseaux.

Au point de vue anatomo-pathologique, se sont des tumeurs arrondies, mais le plus souvent bosselées, multilobulées, qui présentent deux aspects bien différents; la forme superficielle s'extériorisant largement, la forme profonde de moindre volume, mais souvent de plus haute malignité. Le caractère essentiel des conjonctivomes est de présenter un plan de clivage avec les organes voisins, plan de clivage qui n'est en réalité que factice, car il existe en effet de nombreuses et minces traînées éparpillées dans les interstices musculaires qui sont en rapport direct avec la tumeur.

Histologiquement ce sont des tumeurs aux aspects multiples, très difficiles, le plus souvent, à définir. Fréquemment la biopsie ne peut affirmer la possibilité d'une évolution ultérieure soit bénigne, soit ma-

ligne. Cependant deux groupes histologiques semblent actuellement être distingués : les tumeurs microscopiquement-malignes, type sarcome à évolution lente, récidivant localement, mais donnant aussi des métastases, et les tumeurs microscopiquement bénignes, à évolution lente, qui récidivent localement, sans donner de métastases.

Cliniquement, les conjonctivomes ne présentent que très peu de signes. Ce sont avant tout des tumeurs qui se développent à la racine du membre, avec intégrité des plans sus et sous-jacents, sans réactions ganglionnaires, sans autre symptomatologie si ce n'est dans les formes, soit particulièrement volumineuses (signe de compression) soit compliquées par l'infection.

L'évolution de ces tumeurs est assez caractéristique : abandonnées à elles mêmes, elles évoluent le plus souvent lentement, insidieusement, soit vers la forme superficielle volumineuse bénigne, soit vers la forme profonde.

Au contraire, après une première intervention, les récurrences locales, de plus en plus rapides, de plus en plus malignes apparaissent, et il est alors possible d'observer des métastases.

Le pronostic des conjonctivomes est donc toujours réservé.

Le traitement des conjonctivomes, malgré de nombreux travaux, depuis déjà une vingtaine d'années, est encore très discuté. La biopsie elle-même a ses partisans et ses adversaires.

Il semble qu'avant tout traitement chirurgical ou radiothérapique, l'on doive pratiquer un traitement anti-syphilitique intensif, qui permet quelquefois de faire un diagnostic, et donne alors un résultat surprenant.

La radiothérapie pré-opératoire aura ensuite l'avantage d'améliorer légèrement certains conjonctivomes et surtout de diagnostiquer et de faire fondre toutes les tumeurs vraiment radio-sensibles : les reticulo-endothéliomes en particulier.

La chirurgie des conjonctivomes ne sera pas une simple énucléation, mais au contraire une ablation de la tumeur en bloc, avec les aponévroses et même les muscles de voisinage. Dans les récurrences locales, on pourra pratiquer soit l'exérèse, toujours très élargie, soit l'amputation, soit même dans certains cas graves et très proliférants la désarticulation.

Quoi qu'il en soit, le traitement des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux est actuellement fort étudié et fort discuté.

La thérapeutique de ces tumeurs dont l'allure générale est toujours sérieuse, fréquemment grave, ne possède pas encore de règles définitives qui permettraient de garantir une guérison certaine.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAGEANOV (d'Ekatérinoslav). — Les sarcomes myélogènes et l'ostéite fibreuse localisée. *Ekaterinoslavsky meditzinsky-Journal*, t. 3, n° 9, 1924.
- ANGEBELLI (Onogrio). — Les tumeurs conjonctives des plans musculo-aponévrotiques. *Tumori*, nov. déc. 1928, page 594.
- AUVRAY. — Volumineux fibrome du creux poplité. *Société Nationale de Chirurgie*, 1934, p. 1236.
- BERIEL. — A propos de la classification de certaines tumeurs malignes : les lipomes malins. *Lyon Chir.*, 1910, t. 4, n° 6, p. 357.
- BERARD. — A propos des conjonctivomes des membres, résultats éloignés et observations nouvelles. *Lyon Chir.*, 1929, p. 82. *Société Chir. de Lyon*.
- BERARD. — A propos d'une tumeur conjonctive de la cuisse, traitée par extirpation. *Lyon Chir.*, 1930, p. 236. *Société de Chirurgie de Lyon*.
- BERARD et CREYSSSEL. — Sur quelques observations de conjonctivomes, *Lyon Chir.*, 1928, p. 742.
- BERARD et PEYCELON. — A propos des conjonctivomes des membres, résultats éloignés et observations nouvelles. *Lyon chir.*, 1930, p. 236.
- BERARD et DESJACQUES. — Récidive d'une tumeur conjonctive de la cuisse. *Lyon chir.*, 1931, p. 270.

- BERARD, COLSON, HENRY. — Enorme conjonctivome de la racine de la cuisse, et de la fesse, 2 fois récidive et évoluant depuis 37 ans.
- Enorme conjonctivome de la région pectorale et axillaire droite.
- Enorme conjonctivome malin récidivé, évoluant depuis 20 ans. *Lyon chirurgical*, 1935, p. 705.
- BERARD, E. MARTIN et HENRY. — A propos d'un cas de conjonctivome diffus de la cuisse. *Lyon Chir.* janv. fév. 1936.
- BERARD, COLSON et DARGENT. — A propos de tumeurs conjonctives de la région thoraco-axillaire. (*Lyon chir.* 1937, p. 455).
- BECK (S. C.). — Zur Kenntnis des Dermatofibrosarkoma protuberans Kuznitzkygrabisch. Darier, Fevrand E. Hoffmannscher Typus des Hontoartionis. *Dermat. Ztschr.*, 5-9-1-11, 1930.
- BEZECNY. — Lungen metostasen beim Dermatofibrosarkoma protuberans. *Arch. fur. Dermat. und. Syph.*, p. 169-347-353, 1933.
- BLUMENTHAL (F.). — Traumatismes et tumeurs malignes. *Medizinische Klinik*, 17 févr. 1928, p. 249.
- BOLOGNESI. — Sur les tumeurs primitives des tuniques et des gaines vasculaires. *Les néoplasmes*, Paris 1928, p. 199-228.
- CADENAT. — Fibrome du creux poplité. *Société Nationale de Chirurgie*, 1934, p. 1301.
- CHALIER André. — Sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux; extirpation de la tumeur avec section de ces vaisseaux. Guérison datant de 6 ans; récidive récente. *Lyon Chirurgical*, 1926, p. 535.

- CHALIER André. — Sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Lyon chir.* 1926, p. 587.
- CHAUVENET (de Thouars). — Un cas d'histiocytome de la gaine de vaisseaux fémoraux. (*Journ. de Méd. Bordeaux*, sept. 1936.
- CHEVELOT E. — Sur les gommès syphilitiques simulant des sarcomes. *Thèse de Lyon*, 1910.
- COLEY (V.-B.) et HIGINBOTHAN (N.-L.). — Traumatisme comme facteur causal du développement des tumeurs malignes. *Annales Of. Surgery* sec. 1933, p. 990.
- COMBOLAT. — Les tumeurs malignes musculaires, à forme aiguë. *Thèse de Lyon*, 1920.
- d'ALLAINES, CONTIADES et NAULLEAU. — Observation suivie pendant six ans d'un ancien endothéliome développé dans la gouttière des vaisseaux fémoraux, deux récidives post-opératoires. Transformation sarcomateuse. *Soc. Nationale de Chirurgie*, 1935, p. 1134.
- DELACHANAL (J.). — Des tumeurs malignes du tissu cellulo adipeux, lipomes malins. *Thèse de Lyon*, 1910.
- DENIKER. — Notes sur deux tumeurs un peu spéciales de la cuisse. *Société Nationale de Chirurgie*, 1927, p. 1434.
- DIEULAFÉ. — Enorme tumeur fibro adipeuse de la cuisse. *Société de Chirurgie de Toulouse*, 20 déc. 1929, in *Gazette des Hôpitaux*, 1930, p. 151.
- DUNET. — Sarcome des parties molles du bras. *Lyon Médical*, 1923, p. 653.
- FASANO. — Sarcome musculaire primitif et myomectomie. *Il Policlino*, 1913, p. 86.

FERRARINI (G.). — Sur les tumeurs primitives des gaines vasculaires. *La Clinica Chirurgica*, 1913, p. 589.

FRUCHAUD Henri. — Conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoraux poplités. *Lyon chirurgical*, 1930, p. 124.

FRUCHAUD Henri. — Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoro-poplités. *Revue de Chirurgie*, 1931, p. 454.

FRUCHAUD Henri. — Chirurgie et radiations dans le traitement des cancers superficiels ou peu profonds, 1937.

FUS. — A propos d'un cas de conjonctivome malin de l'avant-bras, traité par amputation primitive. Rapport de Marcel Arnaud). *Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1934, p. 431.

GAUGLER. — Un cas rare de lipome congénital de la veine fémorale. *Virchow's archiv.*, volume 265, fasc. 3, p. 643, 1927. Analysé dans les *Annales d'anatomie pathologique*, 1930, p. 99.

GAUTHIER. — Tumeur mélanique de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Lyon médical*, 1903, p. 1010.

GINESTET G. — Lipomes sous aponévrotiques du bras. *Thèse de Lyon*, 1922.

GUNSETT et OBERLING. — Fibrome diffus scapulo-cervical, traité par la curiéthérapie. *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*, 1928, p. 67.

GUYOTGET et H. COURRIADES. — Volumineux conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux chez un malade atteint de nombreuses arthrites hémophiliques. *Sté. de Chirurgie de Bordeaux*, 9 mai 1935, in : *Journal de médecine et de chir.*

GUYOT (J.). — Sur un volumineux conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Journal de médecine de Bordeaux*, 30 mars 1936.

GUTTIRIEZ (J.). — Traitement des sarcomes et des ostéosarcomes par la radiothérapie pénétrante. *La semana medica*, 6 juin 1927, p. 10.

ISELIN (H.). — Relation entre le traumatisme et la formation des tumeurs. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 15 fév. 1930.

ITCHIKAWA et UVATOKOY. — Etude expérimentale et comparée du cancer. *Bull. de l'Association Française pour l'étude du cancer*, 1924 et 1925, p. 23.

JABOULAY. — Myxome de la cuisse. *La clinique*, 1908.

JEANNENEY. — Volumineuse tumeur du cou. *Gazette Hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 29 mai 1932.

KELLOYDPEED. — Lipome de la cuisse. *Archives of Surgery*, 1924, p. 819.

LECENE. — Les tumeurs (in *Précis de pathologie chirurgicale*, Masson, 1924).

LERICHE (R.). — Sur la méthode opératoire qu'il convient d'appliquer aux tumeurs conjonctives des membres. *Lyon Chir.*, 1929, p. 136.

MASSIA et PILLON. — Le traitement antisypilitique d'épreuve. *Journal de médecine de Lyon*, mai 1925, p. 503.

MERIEL (E.). — Les tumeurs inflammatoires des membres, simulant le sarcome. *Gazette des Hôpitaux*, 1911, p. 303.

MERLAT (H.). — De quelques tumeurs malignes des parties molles de la cuisse. De leur traitement conservateur. *Thèse de Lyon*, 1908.

MOURGUES, MOLINES et ARNAL. — (Rapport de Jean Quénu) Volumineuse tumeur conjonctive des parties molles du creux de l'aisselle. Amputation inter-scapulo-thoracique. *Société Nationale de Chirurgie*, 1934, p. 401.

NOVE-JOSSERAND. — Tumeurs conjonctives des membres. *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 711.

PALLUEL. — Tumeur sarcomateuse des parties molles de la cuisse. (*Lyon Chir.*, 1937, p. 471).

PATEL. — Tumeur à allure maligne des parties molles du bras. *Lyon chir.*, 1924, p. 623.

POLICARD et LERICHE. — Suggestions sur le problème de la croissance squelettique fournie par un examen d'une exostose ostéogénique. *Presse Médicale*, 31 oct. 1923, p. 905.

POLICARD et LERICHE. — Considérations générales sur les ostéo-sarcomes. *Presse Médicale*, 3 déc. 1924, p. 957.

PARCELIER et CHENUT. — Deux cas de tumeurs conjonctives de la cuisse. *Bordeaux Chirurgical*, 1932, p. 182.

POLLOSSON Eugène. — Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres du conjonctivo dit de la gaine des vaisseaux en particulier. *Thèse de Lyon*, 1925, Bosc Frères et Riou, édit.

POLOSSON Eugène. — Tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux huméraux, observée pendant 13 ans ; mort par généralisation pulmonaire. (*Lyon Chir.*, 1929, p. 416).

- POLLOSSON et CREYSSEL. — Tumeurs conjonctives des parties molles de la cuisse. *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 608.
- POTHERAT. — Enorme myxome de la cuisse gauche, ablation, guérison. *Bull. de soc. de Chir. de Paris*, 1905, p. 472.
- REGAUD C. et COUTAUD H. — Radiothérapie des Sarcomes. *Paris Médical*, 1924, p. 119.
- SANTY et NOEL. — Gommès syphilitiques du quadriceps. *Lyon Chirurgical*, 1932, p. 61.
- THEVENOT et PATEL. — Les Myxo-lipomes de la cuisse. *Gazette des Hôpitaux*, 1901, p. 685.
- TIXIER. — Déchirure longitudinale de la veine fémorale au cours de l'ablation d'un gros sarcome de la gaine des vaisseaux. Suture de la fémorale, guérison. *Lyon Chir.* 1913, t. 10, n° 3, p. 316.
- TULLIAN. — Contribution à l'étude de tumeurs dites conjonctivomes. *Thèse Nancy*, 1935-1936.
- VIANNEY. — Sarcome aponévrotique de la gaine des vaisseaux. *Lyon chir.* 1914, t. II, n° 4, p. 363.
- VILLARD et VOITURIER. — Volumineux Myxolipome de la face interne de la cuisse. Extirpation, guérison. *Lyon médical*, 1908, p. 775.
- ZEYLAND. — Tumeurs à cellules géantes. *Annales d'anatomie pathologique*, mars 1927, p. 243.